



Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD)

Director de la Misión

Hugo López Castaño

Codirector de la Misión

Ex Secretario Técnico

Jairo Núñez Méndez

Apoyo Técnico

*Francisco Lasso, Natalia Millán, Gelka Buitrago
Silvia Espinosa y Laura Cuesta*

Apoyo Administrativo

*Juan Guillermo Alba, Paula Acosta,
Luz Magdalena Salas y Libia Janeth Mogollón*

Foros y Seminarios

Luisa Fernanda Ramírez

Departamento Nacional de Planeación, 2007

**Fecundidad adolescente y pobreza
Diagnóstico y lineamientos de política**

ISBN:

Coordinación Editorial

Norma Beatriz Solís Cárdenas

Diseño de Carátula

Clara Victoria Forero

Fotografía de Carátula

Claudia Marlén Forero

Diagramación e Impresión

Xpress Estudio Gráfico y Digital Ltda.

Departamento Nacional de Planeación
Calle 26 No. 13-19
Teléfonos: 5960300/5663666
Bogotá D.C., Colombia

Impreso y hecho en Colombia
Printed in Colombia



Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política*

Carmen Elisa Flórez +
Victoria Soto **

* Esta investigación fue realizada para la Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD). Sin embargo, las recomendaciones son responsabilidad de los autores y no comprometen a la MERPD ni al Departamento Nacional de Planeación.

+ Profesora e Investigadora, Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE), Universidad de los Andes, cflorez@uniandes.edu.co

** Investigadora Junior, Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE), Universidad de los Andes, vi-soto@uniandes.edu.co

Contenido

Resumen Ejecutivo	9
Introducción	17
I. Contexto latinoamericano	19
II. Tendencias de la fecundidad adolescente en Colombia	25
A. Niveles	25
B. Diferenciales regionales	29
C. Diferenciales socioeconómicos	30
III. Determinantes de la fecundidad	34
A. Determinantes próximos	34
B. Determinantes socioeconómicos de la fecundidad adolescente	51
C. Las cogniciones asociadas	54
IV. Embarazo adolescente y pobreza	57
V. Consecuencias del embarazo adolescente	60
A. Consecuencias para la madre	60
B. Consecuencias para el niño	67
VI. Políticas y programas dirigidos a la sexualidad y reproducción en los adolescentes	69
A. Lineamientos de política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a nivel internacional	69
B. Lineamientos de la política de SSR a nivel nacional	79
C. Recomendaciones de política	85
Anexo	95
Programas en materia de salud sexual y reproductiva por países y características	
Bibliografía	113
Siglas	117



Índice de cuadros y gráficos

Índice de cuadros y gráficos

Cuadros

Cuadro 1.	Tasa total de fecundidad para algunos países de América Latina	19
Cuadro 2.	Tasas de fecundidad adolescente (15-19 años). Países de América Latina y el Caribe (1970-1995)	20
Cuadro 3.	Tasa de fecundidad adolescente en América	21
Cuadro 4.	Porcentaje de adolescentes entre los 15-19 años con hijos nacidos vivos. Países seleccionados	21
Cuadro 5.	Tendencia en la fecundidad total y adolescente según zona. Colombia, 1969-2000	25
Cuadro 6.	Proporción de adolescentes madres o embarazadas. Colombia, 1990-2000	26
Cuadro 7.	Distribución de adolescentes por edad al nacimiento del primer hijo, 1990-2000	27
Cuadro 8.	Distribución de madres adolescentes por número de hijos nacidos vivos, 1986-2000	27
Cuadro 9.	Porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por subregión, 1995-2000	30
Cuadro 10.	Proporción de adolescentes que han iniciado actividades reproductivas por nivel educativo y zona, 1990-2000	31
Cuadro 11.	Proporción de adolescentes que han iniciado actividades reproductivas por tipo de unión de la madre por estrato socioeconómico. Bogotá y Cali, 2003	33
Cuadro 12.	Proporción de adolescentes que han iniciado actividades reproductivas, 1990-1995-2000	35
Cuadro 13.	Proporción de adolescentes que han iniciado actividades reproductivas antes de los 15 años, 1990-1995-2000	37
Cuadro 14.	Distribución de adolescentes por estado marital, 1990-1995-2000	38
Cuadro 15.	Proporción de mujeres de 20-24 que iniciaron actividades reproductivas antes de la edad x, 1990-2000	39



Índice de cuadros y gráficos y gráficos

Cuadro 16.	Distribución de adolescentes según uso alguna vez de métodos de planificación, 1990-1995-2000	42
Cuadro 17.	Distribución de adolescentes según uso actual de métodos de planificación, 1990-1995-2000	43
Cuadro 18.	Distribución de adolescentes por razones de última discontinuación del uso de métodos de planificación según características, 2000	44
Cuadro 19.	Distribución de adolescentes por deseo del último embarazo, 2000	45
Cuadro 20.	Tasas anuales de aborto por mil mujeres según año del aborto y edad del aborto	47
Cuadro 21.	Adolescentes con aborto según región, 1992	47
Cuadro 22.	Adolescentes con aborto según nivel educativo, 1992	47
Cuadro 23.	Adolescentes con aborto según estrato socioeconómico, 1992	48
Cuadro 24.	Indicadores de fecundidad adolescente y sus determinantes próximos por quintil de activos, 1990-2000	58
Cuadro 25.	Distribución de la mortalidad materna por rangos de edad (1983-1995) y tasas de mortalidad específicas por edad (1991-1995)	62
Cuadro 26.	Proporción de adolescentes que asisten actualmente al colegio por condición de maternidad según zona, 2000	64
Cuadro 27.	Proporción de mujeres con secundaria o más por cohorte y quintil de activos según edad al nacimiento del primer hijo, 1990-2000	64
Cuadro 28.	Promedio de hijos nacidos vivos por cohorte y quintil de activos según edad al nacimiento del primer hijo, 1990-2000	66
Cuadro 29.	Proporción de hijos muertos antes de los 5 años por cohorte y edad al nacimiento del primer hijo, 1990-2000	68



Índice de cuadros y gráficos y gráficos

Cuadro 30.	Distribución de niños menores de 5 años por indicadores de nutrición según edad de la madre y pobreza, 2000 (%)	68
-------------------	---	----

Gráficos

Gráfico 1.	Proporción de mujeres madres antes de la edad x por cohorte de edad y zona, 2000	28
Gráfico 2.	Porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por subregión, 2000	29
Gráfico 3.	Proporción de adolescentes que han iniciado actividad sexual por edad, 1990-2000	35
Gráfico 4.	Proporción de mujeres con relaciones sexuales antes de la edad x por cohorte de edad y zona, 2000	36
Gráfico 5.	Proporción de mujeres unidas antes de la edad x por cohorte de edad y zona, 2000	39
Gráfico 6.	Distribución de adolescentes alguna vez unidas por estado civil y edad según zona, 2000	41
Gráfico 7.	Distribución de madres adolescentes por intervalo primera unión. Primer nacimiento, según zona, 1990-2000	50
Gráfico 8.	Distribución de adolescentes madres o embarazadas por estado marital actual y zona, 1990-2000	51
Diagrama 1.	Estrategias para la prevención del embarazo en las adolescentes. Nicaragua	72
Diagrama 2.	Estrategias para la disminución de la incidencia del embarazo adolescente	94



Resumen Ejecutivo

Diagnóstico

El objetivo de este informe es doble. Por una parte, busca realizar un diagnóstico de la fecundidad adolescente en Colombia, que permita organizar el conocimiento disponible sobre el tema, respecto a sus tendencias, sus factores asociados y su relación con la pobreza. Por otra, busca identificar las diferentes experiencias en política social sobre fecundidad y sexualidad adolescente que se han diseñado y aplicado en diferentes países, incluida Colombia, con el fin de poder plantear recomendaciones de política para el futuro cercano en el país.

En cuanto a las **tendencias**, la fecundidad adolescente en Colombia aumentó significativamente en la última década, acompañada de un rejuvenecimiento del patrón de fecundidad. La evidencia muestra que 12,8% de las jóvenes colombianas entre los 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban embarazadas en 1990, para 2000 esta proporción había aumentado a 19,1%. Las adolescentes cada vez inician su maternidad más temprano. La proporción de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes de los 18 años aumentó de 7% en 1990 a 11% en 2000. Así, no sólo la proporción de adolescentes con hijos ha aumentado, sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha disminuido. Este fenómeno se presenta con mayor ocurrencia en las zonas rurales que en las urbanas y no es homogéneo a lo largo del territorio nacional: en el litoral Pacífico se encuentra la mayor proporción de adolescentes madres o embarazadas.

El nivel y el patrón de fecundidad adolescente están determinados por las condiciones socioeconómicas y contextuales, las cuales actúan a través de los **determinantes próximos** (aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, la concepción y la gestación: el inicio de relaciones sexuales, la unión, la anticoncepción y el aborto). En relación con la **exposición al riesgo de embarazo**, la proporción de adolescentes con actividad sexual se ha duplicado en la última década, al pasar de 21% en 1990 a 40% en 2000. La edad a la cual las jóvenes inician sus relaciones sexuales ha disminuido notablemente y la proporción que ha tenido relaciones sexuales a cada edad ha aumentado. Así, al igual que con la fecundidad adolescente, no sólo



la incidencia de las relaciones sexuales es mayor, sino que el *timing* se ha acelerado, desplazando el inicio de las relaciones hacia edades más jóvenes: en 1990, el 5% de las adolescentes había iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años; en el año 2000, tal porcentaje casi se duplica, llegando a 8,7%. Contrario al inicio de las relaciones sexuales, los niveles y cambios en nupcialidad son menos marcados, con una leve tendencia hacia una mayor incidencia y un inicio más rápido de las uniones. Por un lado, la proporción de adolescentes solteras ha bajado, de 87% en 1990, a 82,5% en 2000. Por otro, la proporción de adolescentes unidas (legal o consensual) aumenta de 11% en 1990 a 14% en 2000, y la proporción que ha iniciado una unión antes de los 15 años aumenta levemente, de 2,8% a 3,8% entre 1990 y 2000. Estos cambios indican una tendencia no muy marcada hacia una mayor importancia de las uniones entre las adolescentes, lo que sugiere un efecto positivo de la unión sobre la fecundidad adolescente. Por su parte, el tipo de unión que están estableciendo las jóvenes, presenta una tendencia creciente hacia las uniones consensuales y un debilitamiento de las uniones legales/religiosas. Este hecho tiene una connotación importante, pues hay consenso en la literatura respecto a que las uniones consensuales se caracterizan por ser más inestables que las uniones legales/religiosas.

Aunque los cambios en inicio de relaciones sexuales y nupcialidad van en la misma dirección, los cambios en nupcialidad (uniones) son mucho menos marcados, implicando un aumento importante en las relaciones sexuales prematrimoniales y en el periodo de exposición al riesgo de embarazo adolescente previo a la constitución de una unión estable (legal o consensual). En 1990, la proporción

de mujeres no unidas y que nunca habían tenido relaciones sexuales se sitúa alrededor de 15%; pero al finalizar la década, esta relación cambia y las tres cuartas partes de las mujeres que no se han unido ya han tenido actividad sexual.

En cuanto a la **planificación familiar**, el conocimiento de los métodos es casi universal entre las adolescentes. El uso alguna vez y el uso actual de métodos de planificación familiar entre las adolescentes ha aumentado significativamente en la última década. El porcentaje de adolescentes unidas que nunca han usado planificación familiar baja de 38% a 17%, y entre las no unidas pero sexualmente activas, las que nunca han usado llegan tan sólo a 4% en 2000. El uso de métodos modernos prevalece sobre los tradicionales o folclóricos, llegando casi a 80% entre las adolescentes no unidas pero sexualmente activas. Sin embargo, aún en 2000 se observan porcentajes relativamente altos de no uso actual: 42,8% entre las unidas y 18,7% entre las no unidas pero sexualmente activas. El no uso de métodos de planificación familiar entre los adolescentes se asocia con: i) la percepción de invulnerabilidad; ii) el escepticismo frente a la efectividad de los métodos; iii) las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios; iv) la creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tiene confianza es un irrespeto; v) las expectativas que se tienen de las relaciones románticas y sexuales; vi) el deseo de complacer a la pareja. Aunque casi todas las adolescentes conocen y una gran proporción utiliza los métodos de planificación familiar, todavía presentan vacíos fundamentales en materia de salud reproductiva y en el uso adecuado de los métodos. Las adolescentes están abordando y ejerciendo su actividad sexual con un



conocimiento deficiente de esta, ya que aunque saben cuáles son los métodos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y desconocen el uso apropiado de los métodos. Esta situación hace que entre todas las mujeres en edad fértil, las adolescentes sean las que presenten las mayores tasas de falla de método. La quinta parte de las adolescentes (21%) que han usado métodos declaran que el último método les falló mientras lo usaban y quedaron embarazadas.

El aborto inducido, otro de los determinantes próximos, ha sido mucho menos estudiado debido a la falta de información confiable por su ilegalidad. La evidencia disponible indica que, entre 1982-1987 y 1988-1991, las tasas de aborto aumentaron significativamente en todos los grupos de edad, pero especialmente entre las adolescentes de 15-19 años, cuyas tasas se multiplicaron por cinco, al pasar de 4 a 22 por mil. La mayoría de las adolescentes que han practicado el aborto, lo han hecho una sola vez. Sin embargo, dada la corta edad de las adolescentes, un 4% que ha practicado más de un aborto no es una cifra despreciable. La proporción de adolescentes que han practicado un aborto es mayor entre las adolescentes de menor nivel educativo y de menor estrato. Sin embargo, el número de abortos tiende a ser mayor entre las adolescentes de mayor nivel educativo y de mayor nivel socioeconómico. Este hecho lleva a que el aborto contribuya en la reducción de la descendencia más en los estratos altos y en las adolescentes más educadas. El aporte del aborto en la reducción de la descendencia en los estratos bajos es de 11,3%, mientras que en los altos el aporte es de 29,2%.

Las tendencias observadas en los determinantes próximos en su conjunto han llevado a

un pronunciamiento del fenómeno del **madresolterismo**. La proporción de madres adolescentes con hijos antes de la primera unión (nunca unidas o con intervalo negativo) es alrededor de 35%-40%, con un aumento entre 1990 y 2000. Dentro de las adolescentes (15-19 años) madres en 2000, más de la cuarta parte estaban solteras. Algunas formalizarán una unión con la edad, otras permanecerán como madres solteras. Este porcentaje de madres solteras ha aumentado entre las adolescentes, especialmente durante los últimos cinco años: de 20% en 1995, a 25% en 2000.

En cuanto a los determinantes socioeconómicos, en la literatura se pueden identificar tres tipos de factores que influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad: **factores globales**, contexto social y cultural, y características individuales de la adolescente y su hogar. En cuanto a los factores globales, la política de salud sexual y reproductiva aprobada en 1994, que obliga a los planteles educativos a incorporar proyectos pedagógicos de educación sexual en sus planes de estudio, ha tenido un impacto limitado en los estudiantes debido, principalmente, a su visión restringida de la sexualidad y del ser humano. En cuanto a los **factores del contexto sociocultural**, se encuentra el papel relevante que desempeñan el contexto cultural, los valores y percepciones sobre la familia y los hijos, el tipo de familia, la presión ejercida por los pares, el contexto social y los medios de comunicación, especialmente la televisión, en las decisiones reproductivas de los jóvenes. En cuanto a los **factores individuales y del hogar**, existe evidencia del efecto importante del nivel educativo de la adolescente y de las condiciones del hogar sobre la probabilidad de inicio de las relaciones



sexuales y de la maternidad adolescente. El bajo nivel educativo de la adolescente, la estructura familiar y la supervisión parental son algunos de los factores de mayor riesgo en la incidencia del embarazo juvenil. Los estudios disponibles –incluidos estudios cuantitativos y cualitativos a profundidad– sugieren que hasta ahora se ha subestimado el papel de los factores culturales y contextuales –valores, normas sociales, estructura y dinámica familiar– en la fecundidad adolescente. Factores tales como el deterioro progresivo de la institución legal del matrimonio, la aceptación social del inicio más pronto y rápido de las uniones sexuales previa a la conformación de una unión (legal o consensual), la percepción de que la actividad sexual adolescente es común (o al menos más de lo que realmente es), la tolerancia social cada vez mayor de las uniones consensuales –aun más marcado entre las adolescentes que entre la población adulta– podría estar jugando un papel importante en el aumento de la fecundidad adolescente y en el madresolterismo. Existe evidencia del efecto importante del nivel educativo de la adolescente y de las condiciones del hogar sobre la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales y de la maternidad adolescente.

La literatura presenta amplia evidencia de que la maternidad a edades tempranas no es homogénea por grupos socioeconómicos, sino que es más alta entre los grupos más pobres. Se evidencia una relación directa entre **embarazo adolescente y pobreza**, sin una claridad sobre la dirección de esa relación: las condiciones de pobreza favorecen el embarazo adolescente y al mismo tiempo el embarazo adolescente perpetúa las condiciones de pobreza. En 2000, el 40% de las adolescentes del quintil más bajo han tenido un hijo o han estado alguna vez embarazadas, mientras que

la proporción es tan sólo 8% en las del estrato alto. Estos diferenciales por nivel socioeconómico se han ampliado durante la última década. La maternidad precoz entre las adolescentes más pobres es favorecida por un mayor tiempo de exposición al riesgo de embarazo, al igual que por una nupcialidad mucho más intensa y con un patrón más joven en los quintiles bajos que en los altos. Contrario a los diferenciales en la fecundidad, inicio de relaciones sexuales y nupcialidad, el uso de métodos de planificación familiar no muestra diferencias significativas por nivel socioeconómico. Sin embargo, sí se observan diferenciales a favor de los estratos altos en la necesidad insatisfecha de planificación familiar: claramente indican una mayor necesidad insatisfecha entre las adolescentes de menor nivel socioeconómico, con sus consecuencias negativas sobre una mayor fecundidad no deseada. De hecho, de las adolescentes que han tenido un hijo, 56% no deseaban ese embarazo.

Las **consecuencias del embarazo adolescente** son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera del matrimonio. Entre las **consecuencias para la madre**, se encuentran mayores niveles de mortalidad materna, mayores niveles de morbilidad posparto, menor nivel educativo alcanzado y un mayor número de hijos en su vida reproductiva. La razón de mortalidad materna de las adolescentes en el país, en el periodo 1991-1995, supera en 20% a las de 20-24 años. Las madres adolescentes son las que presentan la mayor incidencia de problemas como consecuencia del parto: en algunos casos, la incidencia de los problemas posparto es el doble que para el total de mujeres,



o 3 veces mayor que para las mujeres adultas de 35 años o más. La maternidad se asocia con una probabilidad 14 veces mayor de estar fuera del sistema educativo, a pesar de que actualmente hay políticas y leyes que aceptan las alumnas embarazadas y facilita que permanezcan en el aparato educativo. Igualmente, el nivel educativo alcanzado por las mujeres es menor entre más temprano tienen su primer hijo, aun controlando por el nivel socioeconómico. Tener un hijo en la adolescencia, implica para las mujeres contar en promedio con 3,9 años de educación menos que si hubiesen tenido su hijo en edad adulta. A pesar de esta fuerte relación negativa, no es evidencia suficiente para concluir que la maternidad temprana es la causa de que se trunquen las trayectorias educativas de las adolescentes. Es posible que la temprana deserción escolar sea la causa de la maternidad precoz. Finalmente, la evidencia indica que cuanto más rápido inician las mujeres su rol reproductivo, mayor es el número de hijos que tienen durante su periodo fértil, aun controlando por nivel socioeconómico. Las mujeres de 30-34 años que tuvieron su hijo antes de los 17 años han tenido casi dos veces el número de hijos (3,9) que aquellas que tuvieron su hijo después de los 20 años (2,1). No sólo los diferenciales en fecundidad total entre estratos socioeconómicos alimentan el círculo de la pobreza y amplían las desigualdades de ingreso, sino que los diferenciales y consecuencias de la fecundidad adolescente perpetúan todavía más esas desigualdades y el círculo de la pobreza.

En cuanto a las consecuencias para el niño, se observa que los hijos de las adolescentes presentan mayores riesgos de mortalidad, y mayores deficiencias en talla y peso al nacer frente a los hijos de cohortes mayores: la proporción de hijos

muerdos antes de los 5 años es casi 3 veces mayor entre las mujeres que tuvieron su hijo antes de los 17 años que entre aquellas que lo tuvieron después de los 20 años.

Lineamientos de política

A nivel internacional, la fecundidad adolescente se describe como un problema en términos de salud sexual y reproductiva, donde se identifican factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales. Dados estos factores de riesgo, se resalta el papel que tiene la **educación formal** como estrategia preventiva del embarazo precoz. El papel de la **educación sexual** adquiere dimensiones gigantescas, y se constituye en uno de los principales mecanismos para prevenir estos problemas, en la medida en que contribuye al desarrollo de las competencias que los jóvenes requieren para tomar decisiones autónomas acerca de los comportamientos que inciden sobre su salud sexual y reproductiva. Algunas estrategias para la prevención del embarazo que se han implementado a nivel internacional proponen que debe centrarse en la **educación en salud sexual y reproductiva**, paternidad y maternidad responsable, valores, autoestima, habilidades para la vida, etc.

Nicaragua define varias estrategias frente al problema de la fecundidad adolescente: i) política de salud sexual y reproductiva, en la cual define a los educadores como agentes multiplicadores; ii) el fortalecimiento de los servicios de salud, que deben estar disponibles para las jóvenes que ya han iniciado su vida sexual (prevención mediante uso de métodos anticonceptivos), para aquellas que no lo han hecho (postergación de inicio de relaciones sexuales), y para aquellas que ya están embarazadas (prolongación de periodo intergenésico mediante



anticoncepción); iii) fomentar la buena relación entre los adolescentes y los padres, al igual que con la comunidad; iv) fomentar acciones que busquen desarrollar en los jóvenes sus talentos e intereses (teatro, deportes, servicios comunitarios y actividades religiosas entre otras) así como sus metas a corto, mediano y largo plazo; v) realizar campañas masivas de prevención del embarazo precoz a través de los medios de comunicación; vi) mejorar el acceso a métodos anticonceptivos.

Contrario a Nicaragua, en **Brasil** no se diseñaron políticas directas para influir en la fecundidad adolescente ni en la fecundidad total. No puso en marcha programas directos para disminuir los niveles de fecundidad, sino que desarrolló una cultura pronatalista y fue a través de estas políticas indirectas que logró modificar la tendencia de la fecundidad total. La planificación familiar fue puesta en un plano de salud y derechos reproductivos. Aunque **Bolivia** tampoco presentó una política explícita de reducción de la fecundidad, desarrolló programas para facilitar el acceso a servicios de salud con una mayor calidad. En 1999 puso en marcha el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo primordial era mejorar el estado de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, hombres y mujeres, así como el nivel de servicios prestados. **Uruguay** ha elaborado programas dirigidos a la adolescente, que brindan a las mujeres diferentes métodos anticonceptivos pero, al mismo tiempo, incentivan a cuidar y conocer el cuerpo, establecer relaciones sexuales en un contexto igualitario y de respeto, así como determinar las condiciones para tener hijos, y el espaciamiento entre cada embarazo.

Venezuela presenta una política de salud sexual y reproductiva dirigida a los y las adolescentes, que

busca contribuir al ejercicio saludable de la vida sexual y reproductiva, y de los derechos sexuales y reproductivos, así como a disminuir los factores de riesgo y de protección de ETS- VIH/Sida, violencia y abuso sexual. **Costa Rica** desarrolla estrategias para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, enfatizando la vinculación de los docentes y las familias de las jóvenes; y desarrollando actividades donde los jóvenes no sólo son receptores sino ejecutores de las actividades desarrolladas en temas de salud sexual y reproductiva. **Perú** resalta en la política los riesgos a los cuales están expuestos los jóvenes; señala que dentro de los mecanismos para la reducción de estos riesgos está la alianza y coordinación intersectorial; y destaca el papel de la educación como principal instrumento para reducir los embarazos no deseados, la mortalidad materna e infantil y el número de abortos en los adolescentes. **Salvador** centra la política para adolescentes en el sector salud, buscando satisfacer las necesidades informativas y de servicios de forma humana e integral, a través de la capacitación del personal que presta los servicios de salud sexual y reproductiva, y el desarrollo de actividades para prevenir los embarazos precoces en los centros de salud.

El Programa de Salud Sexual Reproductiva y Planificación Familiar desarrollado en **México** se ejecuta desde el sector educativo, en el cual se han adelantado actividades para disminuir los índices de fecundidad adolescente mediante mejoramiento y extensión de la educación sexual, impartida por medio de textos que se entregan de manera gratuita en los centros educativos a nivel de secundaria. **Chile** hace gran énfasis en su política de salud sexual y reproductiva sobre los espacios que deben tener los adolescentes para discutir temas relacionados con la sexualidad y la reproducción,



de forma que desarrollen y afloren sus habilidades comunicativas. El mecanismo utilizado son jornadas de conversación, en las cuales se les brinda a los jóvenes los elementos necesarios para que vivan una sexualidad de forma saludable. También se hace hincapié en la calidad de los servicios de salud que se les debe prestar a los adolescentes, los cuales deben ser diseñados para que ellos puedan acceder a estos bajo un ambiente cálido y confortable. **Guatemala** no tiene una política de salud sexual dirigida a la prevención de la fecundidad adolescente; el único mecanismo con el que cuenta para la reducción de este fenómeno es el abordaje de temas relacionados a salud sexual y reproductiva en los centros educativos, mediante la cátedra de educación sexual, la mayoría de estos servicios los proveen entidades no gubernamentales.

La política de SSR en Colombia

Los lineamientos de política SSR en **Colombia** propuestos para el periodo 2000-2006 siguen las tendencias de las políticas mundiales de población y reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. El objetivo principal de esta política es mejorar la salud sexual y reproductiva, promover su ejercicio y reducir los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo. Define a la población adolescente como un grupo poblacional vulnerable, dado el comportamiento reproductivo que ha presentado en la última década y señala que la meta que debe alcanzar es la reducción del embarazo adolescente en 26% al finalizar 2006. Las líneas de acción enfocadas en los adolescentes son la promoción de la salud sexual y reproductiva mediante estrategias de intervención que no sólo involucren al adolescente sino a su entorno social; la coordinación intersectorial e interinstitucional para

el diseño y desarrollo de proyectos relacionados; el fortalecimiento de la gestión institucional y de la participación de los adolescentes; la potencialización de redes sociales de apoyo y el desarrollo de investigaciones sobre el tema.

Dentro de los promotores de esta política se distingue la participación del sector público y del privado. Profamilia es uno de los principales ejecutores de las medidas de planificación familiar implementadas en el país y desarrolla programas en los cuales, mediante la estrategia de *advocacy*, pretende defender y promover los derechos sexuales de los adolescentes. Además de esta ONG, hay otras que adelantan acciones en materia de planificación familiar para este grupo poblacional.

Recomendaciones de política

El objetivo principal que guía la propuesta de política que se desarrolla en este informe es la reducción de la incidencia de la fecundidad entre las adolescentes, unidas y no unidas, en el país. Partiendo de la experiencia internacional y de las líneas de acción de la política actual de SSR, se proponen dos grandes líneas de acción. La primera está encaminada a *afectar los determinantes próximos*, es decir, aquellos que afectan el riesgo del embarazo; y la segunda busca *incidir en los determinantes socioeconómicos y contextuales*, o sea, aquellos factores que afectan los determinantes próximos.

Bajo la primera línea de acción se proponen las siguientes cuatro estrategias: i) La *promoción del retardo del inicio de la actividad sexual en las adolescentes* a través del instrumento de difusión masiva como son campañas en medios de comunicación. ii) *Incentivar la protección en*



la primera relación sexual, utilizando el mismo instrumento. iii) *Mejorar la calidad de los servicios de SSR dirigidos a los adolescentes, facilitar el acceso y mejorar el conocimiento y adecuada utilización de los métodos de planificación familiar*, con la capacitación del personal de salud para la atención especializada de este grupo poblacional; la adecuación de espacios para atención de adolescentes en centros de salud; talleres informativos sobre los servicios de SSR a nivel comunidad y localidad, al igual que en los colegios; la reducción de precios y amplia difusión de métodos de planificación familiar; la elaboración de guías de los recursos existentes que brinden información sobre los servicios en SSR para adolescentes, a nivel local y nacional, y que incluya las instituciones públicas y privadas. iv) *La promoción de un mayor periodo intergenésico en las jóvenes*, especialmente en aquellas que son madres, a través de campañas en medios de comunicación y talleres de consejería.

16

Para el desarrollo de la segunda línea de acción se proponen las siguientes cinco estrategias: i) *Ampliar la cobertura y mejoramiento de la calidad de la educación*, dado que la educación es la principal herramienta para disminuir la maternidad precoz entre las adolescentes. ii) *Influir en las cogniciones existentes sobre la SSR en las jóvenes*, dado que

la mayor parte de la información relacionada que obtienen los jóvenes proviene de los pares y sus parejas románticas, se busca ampliar los canales informativos de los jóvenes por medio de campañas en medios masivos de comunicación, del fortalecimiento de los servicios de consejería en SSR a los padres y adolescentes, en los centros educativos y de salud. iii) *Promover un cambio de actitud hacia la visión y la valoración de la sexualidad*, disminuyendo de esta manera los comportamientos sexuales y reproductivos mediante campañas en medios masivos de comunicación, y el fortalecimiento de los servicios de consejería en SSR a los padres y adolescentes en colegios y centros no formales y centros de salud. iv) *Promover la educación en SSR con calidad en los centros educativos formales y no formales* a través de capacitación a los docentes encargados de las cátedras de SSR en colegios; fortalecimiento de los servicios de consejería en SSR a los padres y adolescentes en colegios y centros no formales; centros de salud; revisión y adecuación de los materiales de apoyo en las cátedras de SSR en los centros educativos. v) *Promover la participación del género masculino en las acciones en SSR*, para disminuir los comportamientos sexuales riesgosos sin distinción de género, con campañas en medios masivos de comunicación.



Introducción

“La lucha debe darse es contra la pobreza y la marginación, verdaderas causas de la mortalidad infantil y de las altas tasas de fecundidad...” Heladio Ramírez López¹

Los adolescentes o jóvenes entre los 13 a 19 años de edad² afrontan múltiples cambios a nivel biológico, psicológico y socio-cultural. El proceso a nivel biológico se inicia en la pubertad (entre 10 y 12 años), y finaliza alrededor de los 19 años. En esta etapa del ciclo de vida los jóvenes sufren un ajuste emocional, al aceptar sus cambios corporales; igualmente es un periodo en el que se da una fuerte creación de ideas y desarrollan la independencia psicológica, que les permitirá, más adelante, asumir comportamientos adultos, y construir su propia identidad (Guzmán, et. al., 2000); Singh et. al., 1990).

La relación con los adultos se caracteriza por un continuo cuestionamiento por parte de los jóvenes. Dejan de ser sus referentes próximos, motivados por un intenso conflicto con los valores que sustentan los mayores. Como es de esperarse, la comunicación con los padres es menor o casi insignificante, sobre todo en temas de actividad sexual. A los padres les cuesta aceptar que exista este tipo de actividades entre los adolescentes, es decir, entran a jugar principios morales en la relación padre-hijos, como ocurre en la relación docentes-alumnos, principios que radican en el deber ser y no satisfacen las necesidades de los adolescentes. Lo anterior explica por qué los jóvenes presentan una mayor inclinación hacia los amigos (Guzmán, et. al., 2000).

En Colombia, al igual que en otros países de América Latina, la actividad sexual y los niveles de fecundidad entre los adolescentes han aumentado de manera significativa en los últimos años (Flórez y Núñez, 2000; Guzmán et. al., 2000; Salazar A. 2003; Rodríguez V., J., 2005). En Colombia, desde 1993 se implementó el Programa de Educación Sexual dirigido a adolescentes, con el fin de orientar y transformar las cogniciones relacionadas a la sexualidad, al mismo tiempo, que buscaba involucrar en este proceso transformador

¹ Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe (1989, México).

² Este rango de edad puede ampliarse o reducirse, dependiendo del momento en que ingresan los jóvenes al mercado laboral. En los países en vía de desarrollo, el tránsito entre niñez y adultez es bastante rápido (Singh, S. y Wulf, D., 1990).



a la familia y a los educadores. Sin embargo, los resultados no han sido los esperados, pues se están presentando tasas de fecundidad crecientes entre las jóvenes. El aumento de la maternidad en las adolescentes es un fenómeno no sólo preocupante por los riesgos para la vida y salud de la madre y del hijo, sino por las desventajas que puede acarrear para las jóvenes asumir responsabilidades a tan temprana edad.

Existe consenso en que un embarazo precoz está fuertemente relacionado con un menor nivel educativo y estatus socioeconómico. La evidencia indica que la maternidad temprana puede ser un mecanismo de transmisión de la pobreza, aunque al mismo tiempo no se rechaza en la literatura la idea de que la pobreza o la situación socioeconómica que enfrenta la joven puede promover y perpetuar situaciones que desembocan en embarazos precoces (Dirección Primer Nivel de Atención, 2003; Guzmán et. al., 2000). Sin embargo, en algunos países en vías de desarrollo, la maternidad a edades tempranas no es catalogada como un problema, ya que se arguye que tales comportamientos son tradicionales, en especial en las zonas rurales (Singh y Wulf, 1994).

En contraste, las economías en desarrollo, por lo general, dejan de lado los problemas de fecundidad en los adolescentes o los abordan desde una perspectiva más amplia. Los programas desarrollados para este grupo de población, están relacionados más con educación, empleo, salud

física y mental, jóvenes sin hogar, y no tanto con programas preventivos de la fecundidad (Singh y Wulf, 1994).

El objetivo de este informe es doble. Por una parte, busca realizar un diagnóstico de la fecundidad adolescente en Colombia, que permita organizar el conocimiento disponible sobre el tema, respecto a sus tendencias, sus factores asociados y su relación con la pobreza. Por otra, pretende identificar las diferentes experiencias en política social sobre fecundidad y sexualidad adolescente que se han diseñado y aplicado en diferentes países, incluida Colombia, con el fin de poder plantear recomendaciones de política para el futuro cercano en el país.

El informe consta de seis capítulos. El Capítulo I muestra las tendencias y niveles de la fecundidad en el contexto latinoamericano y el Caribe, mientras que en el Capítulo II se examinan estas tendencias en el ámbito nacional. El Capítulo III se centra en resumir la evidencia existente para Colombia en cuanto a los determinantes de la fecundidad adolescente, determinantes próximos, socioeconómicos y contextuales. El Capítulo IV muestra la relación existente entre fecundidad adolescente y pobreza. El Capítulo V se centra en las consecuencias del embarazo adolescente, tanto para la madre como para el niño. Finalmente, en el Capítulo VI se describen algunos programas y políticas en materia de sexualidad y reproducción a nivel internacional y nacional, que sirven como base para presentar las recomendaciones de política.



I. Contexto latinoamericano

Estimativos realizados por Naciones Unidas señalan que, en la segunda mitad del siglo XX, se presentó un descenso en la fecundidad en gran parte de los países en vías de desarrollo. Hennig (2003) señala que durante el periodo 1950-2000 el número de países que presentaban una tasa total de fecundidad superior a 5 hijos por mujer disminuyó de 130 a 47, mientras que el número de países que presentaba una tasa inferior o igual a 2,1 hijos por mujer, aumentó de 5 a 63 países. Resalta además que por primera vez el nivel de fecundidad de un número sustancial de países estará por debajo de 2,1 hijos, que normalmente es considerado un nivel de reemplazo generacional. Durante el siglo actual, y para el 2050, se espera que 3 de cada 4 países localizados en las regiones menos desarrolladas tendrán niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo.

En particular, los países de América Latina y del Caribe (ALC) han experimentado un proceso de transición

de la fecundidad desde los años 60 (Flórez C., 1994). La información disponible permite observar que el descenso de la fecundidad se inició en la segunda mitad de los años sesenta en la mayoría de países de la región, aunque los cambios más profundos se presentaron en la década siguiente. La tasa total de fecundidad como un todo permaneció constante en los quinquenios 1950-1955 y 1960-1965 en niveles aproximados a 6 hijos por mujer. No obstante, esta cifra se redujo notablemente a 3,7 hijos entre 1985-1990 (Salazar, A., 2003). Entre 1980 y 2000 las tasas de fecundidad continuaron disminuyendo, y esto ubica a Colombia entre los niveles más bajos, después de Brasil (Cuadro 1). Para el periodo 1995-2000, según la clasificación que realiza Schkolnik (2003), Colombia se ubica en el grupo de países que han desarrollado una transición demográfica plena o está en progreso. Aunque la experiencia de todos los países de la región ha mostrado una reducción de la fecundidad, todavía no se han experimentado niveles por debajo del reemplazo.

Cuadro 1
Tasa total de fecundidad para algunos países de América Latina

TTF	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Bolivia	5,3	5,0	4,8	4,4
Paraguay	5,3	4,9	4,6	4,2
Ecuador	4,7	4,0	3,5	3,1
Perú	4,7	4,0	3,4	3,0
Colombia	3,7	3,2	3,0	2,8
Brasil	3,6	3,0	2,5	2,3

Fuente: Naciones Unidas citado por Salazar, A. (2003).



Contrario al comportamiento de la fecundidad total, la fecundidad en las mujeres menores de 20 años, o fecundidad adolescente, no muestra un comportamiento consistente a lo largo de América Latina y el Caribe. En algunos países el descenso ha sido casi insignificante, mientras que en otros aumenta y/o se mantiene constante desde 1970 (Cuadro 2). En países como República Dominicana, México, Ecuador y Perú, ha mostrado un descenso permanente, aunque mucho más lento que el observado en la fecundidad total. En otros países, como Colombia y Brasil, ha descendido muy poco o ha permanecido casi constante, e inclusive evidencia una tendencia creciente en la última década³ (Singh, 1998; Flórez y Núñez, 2000). En particular, Colombia muestra una tasa de fecundidad adolescente relativamente alta y en aumento frente al conjunto de países de la región Caribe, o frente a Centroamérica, Suramérica y Norteamérica (Cuadro 3). Aun si se compara el comportamiento de Colombia en las últimas dos décadas frente a sus vecinos latinoamericanos más próximos, se puede observar que aunque presenta menores niveles de fecundidad adolescente que Brasil, Guatemala y República Dominicana (Salazar, A., 2003), tiene mayores niveles que Haití, Perú y Bolivia, y con una tendencia creciente (Cuadro 4).

Cuadro 2
Tasas de fecundidad adolescente (15-19 años)
Países de América Latina y el Caribe (1970-1995)

País	1970-1975	1990-1995	Cambio (%)
Brasil	68,3	82,4	20,6
Haití	65,7	76,0	15,7
Uruguay	65,4	70,5	7,8
Colombia	89,9	92,0	2,3
Argentina	68,3	69,7	2,0
Nicaragua	157,9	157,2	-0,4
Bolivia	94,7	94,0	-0,7
Paraguay	95,8	95,0	-0,8
Venezuela	102,6	101,4	-1,2
Guatemala	143,0	126,4	-11,6
Perú	86,3	74,5	-13,7
Costa Rica	105,8	89,0	-15,9
Honduras	150,8	126,5	-16,1
El Salvador	150,6	123,0	-18,3
Chile	84,1	67,3	-20,0
Belice	146,9	117,0	-20,4
Rep. Dominicana	116,7	91,2	-21,9
Jamaica	140,0	100,3	-28,4
Panamá	134,6	90,7	-32,6
Guyana	98,0	65,9	-32,8
Ecuador	120,0	79,4	-33,8
México	116,3	76,6	-34,1
Trinidad y Tobagos	87,5	54,6	-37,6
Barbados	87,4	50,5	-42,2
Cuba	140,7	67,2	-52,2
Suriname	110,0	52,0	-52,7

Fuente: Guzmán, J (2000).

³ Aunque algunos estudios sugieren que el aumento en la fecundidad adolescente observado en algunos países de América Latina no es real sino consecuencia de efectos de la estructura de edades, un estudio reciente de CELADE, basado en censos de población y en indicadores de fecundidad por edades simples, indica que "en todos los países en que es posible una comparación diacrónica, la prevalencia de la fecundidad alta a los 17 años cumplidos ha tendido a aumentar" (Rodríguez, 2003). En general, Rodríguez muestra evidencia clara de un aumento en la fecundidad adolescente en la mayoría de los países de América Latina, lo que genera un patrón de creciente control de la intensidad reproductiva sin un control concomitante respecto de su inicio.



Cuadro 3
Tasa de fecundidad adolescente en América
(Nacimientos por cada mil adolescentes)

País	1996	1998	Cambio (%)
Colombia	80,0	87,6	9,5
Centroamérica	86,9	81,2	-6,6
Caribe	71,9	74,2	3,2
Suramérica	74,8	73,2	-2,1
Norteamérica	59,1	55,7	-5,8

Fuente: Naciones Unidas citado por Salazar, A. (2003).

Cuadro 4
Porcentaje de adolescentes entre los 15-19 años
con hijos nacidos vivos
Países seleccionados

País	Mujeres (%)	Cambio (%)	
Rep. Dominicana (1996/2002)	18,3	18,9	3,3
Colombia (1995/2000)	13,5	15,1	11,9
Haití (1995/2000)	10,8	13,6	25,9
Bolivia (1998/2003)	11,5	12,6	9,6
Perú (1996/2000)	10,9	10,7	-1,8
Brasil (1996)	14,3	n.a.	
Nicaragua (1998)	22,1	n.a.	
Honduras (1996)	22,3	n.a.	

Fuente: Guzmán, J (2000), Colombia: DHS 1995.

Algo que llama la atención en el comportamiento de la fecundidad en los países de América Latina y el Caribe es la diferencia en la velocidad de los cambios entre la fecundidad adolescente y la fecundidad total. Los descensos de esta en las mujeres adultas han sido notablemente mayores que los observados en las adolescentes (Naciones Unidas, 1989). Por el contrario, en algunos países africanos donde la fecundidad total ha comenzado a disminuir, los descensos en la fecundidad

adolescente preceden los de las edades adultas, lo cual se ha asociado con el aumento en la edad a la que ocurre el matrimonio (Westoff et. al., 1994). Para los países latinoamericanos, el menor ritmo en el descenso de la tasa de fecundidad adolescente frente a la fecundidad total hace que la primera contribuya cada vez más a la segunda, y el patrón de fecundidad rejuvenece. Esto es aun más marcado en los países en donde se ha observado un incremento en la fecundidad adolescente, como es el caso de Colombia y Brasil (Flórez, C., 2004). Como consecuencia de la concentración de la maternidad en las cohortes más jóvenes, la edad media de la fecundidad ha disminuido⁴, especialmente en Brasil y República Dominicana (3,7 y 3,2 años, respectivamente), Colombia, Cuba y Chile (2,6 años en promedio), Panamá, Costa Rica, Bolivia, Venezuela, Ecuador, Honduras, Nicaragua y Haití (entre 1,1 y 1,8 años).

Aunque buena parte de la fecundidad adolescente ocurre dentro de la unión (legal o consensual), existe evidencia de que la proporción de nacimientos de mujeres solteras está aumentando, especialmente en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 1995). Entre las adolescentes con hijos, una proporción significativa tuvo su hijo antes del matrimonio/unión estable: entre 12% y 34% en los países latinoamericanos (24% en el caso colombiano). De igual forma, una proporción pequeña pero no insignificante de adolescentes solteras (nunca unidas) son madres: 3% a 5% (Singh, 1998). Aunque la evidencia sobre la tendencia en la fecundidad adolescente prematrimonial en los países latinoamericanos no permite generalizaciones, en gran parte de los países

⁴ Edad promedio en la que sus mujeres tienen sus hijos, en ausencia de mortalidad y del efecto de la estructura de las edades. Ferrando, 2003.



se observa, de manera creciente, que la maternidad adolescente ocurre fuera del matrimonio (Rodríguez, 2003).

La edad a la cual la mujer inicia las relaciones sexuales (dentro o fuera de la unión marital) usualmente marca el comienzo del periodo de exposición al riesgo de procreación (embarazo). Información disponible indica que aproximadamente la mitad de las mujeres en América Latina ha tenido relaciones sexuales antes de los 20 años, entre la quinta y tercera parte ha tenido una relación sexual prematrimonial y luego se han casado antes de cumplir los 20 años de edad (Singh y Wulf, 1994). Para 1995, en América Latina, entre 18% y 30% de las mujeres de 15-19 años había tenido relaciones sexuales. Sin embargo, la comparación entre cohortes de edad de la proporción de mujeres que han iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, indica patrones diferenciales entre países. En unos, como Bolivia y Perú, dicha proporción ha disminuido; en otros, como Brasil, ha permanecido constante, y en otros, como Colombia, ha aumentado significativamente (Blanc y Way, 1998).

Contrario al inicio de las relaciones sexuales, los niveles y cambios en nupcialidad son menos marcados en los países latinoamericanos. Por una parte, entre 15% y 23% de las mujeres de 15-19 años está unida legal o consensualmente. Por otra, comparando cohortes, se evidencia que la proporción de mujeres casadas/unidas antes de los 18 años ha disminuido en unos países, como Perú, Bolivia y Brasil, y ha aumentado levemente en otros como Colombia, Paraguay y Guatemala. Las tasas de unión de mujeres entre los 15 y 19 años de edad están aumentando en países como República Dominicana, Perú y Colombia, mientras que en El Salvador y

Guatemala están disminuyendo. Respecto al tipo de unión que establecen las adolescentes, las relaciones consensuales son más comunes en ALC. Colombia, al igual que República Dominicana, El Salvador, Perú, Trinidad y Tobago, presenta la unión consensual como el tipo de unión predominante (Singh y Wulf, 1994). Esta tendencia a formar uniones consensuales en vez de uniones legítimas, es una práctica no saludable en la estructuración de una sociedad, ya que existe evidencia de que este tipo de uniones suelen ser más inestables que las legítimas. Tanto en Colombia como en Perú, de las mujeres que establecieron una unión consensual en su adolescencia, pasados 20 años presentaron una probabilidad de disolución de esta unión, cinco a siete veces mayor que aquellas que establecieron una unión legítima (*The Alan Guttmacher Institute*, 1994).

La diferencia entre el inicio de las relaciones sexuales y el inicio del matrimonio legal/consensual muestra patrones diferenciales entre los países de la región latinoamericana. Por una parte, en algunos países ese periodo disminuye, como Perú, Bolivia y Guatemala; en otros, como Brasil, aumenta debido a un incremento en el porcentaje que inician relaciones sexuales y un descenso en el porcentaje en unión; y en otros, como Colombia y Paraguay, ese periodo aumenta debido a un mayor crecimiento en el porcentaje de inicio de relaciones sexuales frente al aumento en el porcentaje en unión. Colombia es uno de los países latinoamericanos en los cuales el periodo de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial ha aumentado significativamente entre las cohortes de mujeres adultas y jóvenes (Blanc y Way, 1998).

Al igual que el inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos de planificación familiar y el aborto



son determinantes próximos de la fecundidad. Aunque el conocimiento de planificación familiar parece no ser bajo entre las adolescentes, el nivel de uso actual y de uso actual de métodos modernos, especialmente entre las adolescentes sexualmente activas pero no en unión permanente, es muy bajo en la mayoría de los países latinoamericanos –alrededor de 5% en 1995– con excepción de Colombia, en donde 10% de mujeres de 15-19 años usan algún método contraceptivo (Blanc y Way, 1998). El nivel de uso, especialmente de métodos modernos, es considerablemente mayor entre las adolescentes en unión legal o consensual que entre las adolescentes sexualmente activas solteras. Esos bajos valores de uso entre las adolescentes, y especialmente entre las solteras, indican la posible existencia de barreras para el uso de métodos de planificación entre las jóvenes. Esas barreras podrían incluir la falta de información sobre el uso adecuado de los métodos, y/o dificultades en el acceso a los métodos –ya sea por barreras culturales o costos– (Blanc y Way, 1998).

En cuanto al aborto, la información disponible es limitada en la mayoría de los países latinoamericanos, y cuando existe, está generalmente subestimada, debido a que se considera ilegal; por lo tanto, existe temor a declararlo. Bajo estas condiciones, el aborto se practica de manera clandestina con consecuencias negativas para la salud. La evidencia existente, basada principalmente en estudios de caso, sugiere que el aborto inducido es un problema serio de salud entre las adolescentes. Estudios sobre América Latina indican que, para 1995, entre 10% y 21% de los casos de hospitalización por aborto ocurrían entre adolescentes (Singh y Wulf, 1993). Las estimaciones sugieren que se producen cuatro abortos inducidos por cada 10 nacimientos en Brasil, Colombia, Perú

y República Dominicana. En América Latina las mujeres peruanas tienen una probabilidad de 5,2% de provocarse un aborto, les siguen las chilenas (4,5%), dominicanas (4,4%), y las colombianas no están muy alejadas de estas cifras (3,4%) (*The Alan Guttmacher Institute*, 1994). Entre las causas que las mujeres arguyen para haberse practicado un aborto se encuentran: ingresos insuficientes para el sostenimiento y alimentación del niño, ya que tanto ella como su compañero devengan bajos salarios, o son estudiantes o desempleados; no tienen una relación estable con su compañero o sufren de abandono por parte del compañero en el momento de enterarse del embarazo; no desean tener hijos actualmente; temen el rechazo de sus familias y de la sociedad; y algunas solteras desean alcanzar cierto nivel de satisfacción personal antes de ser madres, entre otras. Un estudio realizado en Bolivia (Rance, S., 1994) encontró que algunos de los factores asociados al aborto son: la educación sexual en un contexto de tabúes de la sociedad urbana, la cultura de la anticoncepción en un marco de miedos y prejuicios, las sanciones morales, sociales y legales que este procedimiento acarrea, los conflictos con la pareja en temas de planificación familiar y la presión de los compañeros en el dilema de un aborto. También se encuentra que entre las mujeres con mayor probabilidad de practicarse un aborto se ubican aquellas que son sexualmente activas, pero que no tienen una pareja estable o no están unidas (Vásquez, L, 1994).

En el "Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe" realizado en 1994, se determinó que aquellos países que experimentan dificultades en la implementación de programas de planificación familiar, el aborto inducido era una práctica predominante entre las



mujeres de más de 30 años, las más pobres, menos educadas y con una descendencia ya numerosa. En los países con una mayor disponibilidad de anticonceptivos, las mujeres que más abortan son las más jóvenes o las que están finalizando su ciclo reproductivo, más educadas, de clases sociales más altas y con mayor actividad laboral.

En cuanto a los diferenciales socioeconómicos de la fecundidad adolescente en los diferentes países de la región de ALC, los estudios muestran de forma generalizada, que el nivel de fecundidad alcanzado está correlacionado negativamente con el nivel educativo de las adolescentes. Las jóvenes que abandonan el sistema educativo, o se encuentran rezagadas en este, presentan una mayor vulnerabilidad ante la fecundidad, ya que un nivel bajo de escolaridad junto con otros factores asociados, colocan a las jóvenes de estratos socioeconómicos bajos en una situación de mayor riesgo, debido a que la presencia de un embarazo limita normalmente la asistencia a la escuela (Guzmán et. al., 2000).

Igualmente, la literatura evidencia que la pobreza puede definirse como un factor de riesgo importante en los niveles de embarazos precoces. Casi todos los países de ALC muestran que, a medida que mejora la situación socioeconómica

del hogar, disminuye fuertemente la incidencia de la fecundidad adolescente. En Colombia, la incidencia de la fecundidad temprana en el quintil más bajo es 7,5 veces mayor que en el quintil más alto (Guzmán, J., 2000). La fuerte relación existente entre maternidad adolescente y pobreza, se deriva de que la primera tiene una alta correlación con la deserción escolar, lo cual reduce las posibilidades de que estas adolescentes puedan acceder a niveles educativos mayores, deprimiendo así el acervo de capital humano en este segmento de la población, y las coloca, por lo tanto, en una situación desventajosa ante el mercado laboral. Algunos estudios (Guzmán et. al., 2000) sugieren que la maternidad a edades tempranas es una estrategia de supervivencia de las mujeres en entornos pobres, ya que las jóvenes que no tienen más oportunidades se embarazan a edades tempranas para alcanzar más rápido el matrimonio, pues esta institución es socialmente aceptada, y les ofrece protección y apoyo por parte del hombre. En contraste con lo anterior, Rosero-Bixby (2003) señala que el comportamiento de la fecundidad en América Latina no sólo está asociado con los factores tradicionales como el tamaño de la familia, la educación o el empleo de la mujer, sino que puede estar más bien ligado a cambios en los valores generales, ideologías y formas de percibir el materialismo, posmaterialismo e individualismo.



II. Tendencias de la fecundidad adolescente en Colombia

En este capítulo se describen las tendencias en los niveles de la fecundidad adolescente, como también en los diferenciales regionales y socioeconómicos.

A. Niveles

Aunque en el contexto latinoamericano Colombia muestra niveles medios de fecundidad adolescente, su tendencia es creciente. El descenso en la fecundidad adolescente observada en los años setenta y mediados de los ochenta se revierte a partir de los noventa. En 1990 la tasa de fecundidad

adolescente había descendido a 70 nacidos vivos por cada mil mujeres entre 15-19 años, pero en 1995 y en 2000 aumentó nuevamente hasta alcanzar niveles cercanos a los observados hace treinta años: 85 por mil (Cuadro 5). El aumento en la tasa de fecundidad adolescente frente al descenso en la fecundidad total hace que la primera contribuya cada vez más a la segunda. Así, mientras en 1969 la tasa de fecundidad adolescente aportaba 7% de la fecundidad total, en 1990 aportó 12% y en 2000 contribuyó con 16% (Cuadro 5).

Cuadro 5
Tendencia en la fecundidad total y adolescente según zona
Colombia 1969-2000

Año	Total			Urbano			Rural		
	Fecund. Total FT	TEF ^{1/} adolesc.	%TEF en FT	Fecund. Total FT	TEF ^{1/} adolesc.	%TEF en FT	Fecund. Total FT	TEF ^{1/} adolesc.	%TEF en FT
1969	6,7	99	7,4	5,2	86	8,3	9,2	127	6,9
1976	4,4	81	9,2	3,5	55	7,9	6,3	144	11,4
1986	3,3	78	11,8	2,8	64	11,4	4,9	117	11,9
1990	2,9	70	12,1	2,5	62	12,4	3,8	93	12,2
1995	3,0	89	14,8	2,5	74	14,8	4,3	137	15,9
2000	2,6	85	16,3	2,3	71	15,4	3,8	134	17,6

^{1/}Por mil.

Fuente: Profamilia: DHS-90, DHS-95 y DHS-2000. CCRP: WFS-76, ENF-69.



La tendencia creciente desde 1990 en la fecundidad adolescente es común en las zonas urbanas y rurales. Sin embargo, los cambios en las zonas rurales son mayores, por lo que en 2000 la tasa de fecundidad adolescente rural fue casi el doble de la observada en las zonas urbanas; esto contribuyó en mayor proporción a la fecundidad total (Cuadro 5). Este diferencial favorable a las zonas urbanas generalmente se ha asociado a que las jóvenes urbanas tienen un mayor acceso al sistema educativo, a las oportunidades de empleo y a los métodos de planificación familiar.

Otro indicador de la fecundidad adolescente es la proporción de adolescentes que han iniciado la maternidad. La evidencia indica que la proporción de adolescentes con hijos o embarazadas ha aumentado en la última década: en 1990, el 12,8% de las adolescentes eran ya madres o estaban embarazadas, mientras que en 2000 tal proporción llegó a 19,1% (Cuadro 6). Esta proporción aumentó en las zonas urbanas y en las rurales,

pero fue mucho más marcada en ésta última, lo que llevó a aumentar el diferencial urbano-rural en la década. Aunque ser madre a los 15 años es raro y no cambia significativamente en la última década (3% en 1990 y 2000), tal condición casi se duplica entre las adolescentes de 17 años –12% en 1990 y 20% en 2000– (Cuadro 6). Tan importante como la proporción de madres adolescentes es la edad a la cual inician esa maternidad. El Cuadro 7 muestra que las adolescentes cada vez inician su maternidad más temprano. La proporción de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes de los 18 años aumenta de 7% en 1990 a 11% en el 2000. Así, no sólo la proporción de adolescentes con hijos ha aumentado, sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha disminuido. La distribución de las adolescentes por número de hijos indica que los grandes cambios observados a partir de 1990 se han dado principalmente en un hijo (Cuadro 8), lo cual puede estar asociado tanto a una fecundidad no deseada como a unas primeras etapas en el proceso de conformación de una familia.

Cuadro 6
Proporción de adolescentes madres o embarazadas, Colombia 1990-2000 (%)

Edad	1990			1995			2000		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
15	3,1	2,0	6,5	4,9	3,8	7,5	3,2	2,3	5,5
16	8,1	6,7	12,6	9,4	6,0	18,9	11,0	11,9	8,7
17	12,1	10,9	15,8	14,0	11,5	23,1	20,3	15,7	34,5
18	18,4	19,3	14,6	25,6	23,2	33,5	26,7	23,0	42,2
19	25,1	22,1	33,8	38,6	32,5	56,7	32,9	28,9	47,9
Total	12,8	11,8	16,2	17,4	14,6	25,5	19,1	16,9	26,2

Fuente: Cálculos propios con base en DHS-90, DHS-95 y DHS-2000.



Cuadro 7
Distribución de adolescentes por edad al nacimiento del primer hijo
1990-2000 (%)

Año	Edad al nacimiento del hijo				
	<15	<18	<20	Con hijos	Sin hijos
1990	0,9	6,8	9,5	9,6	90,4
1995	1,3	9,9	13,5	13,5	86,5
2000	1,2	11,1	15,1	15,1	84,9

Fuente: Cuadro 4.1.2.1 Profamilia 2000b, DHS-2000.

Cuadro 8
Distribución de madres adolescentes por número de hijos nacidos vivos
1986-2000 (%)

No. HNV	1986	1990	1995	2000
0	89,5	90,4	86,5	84,9
1	8,6	8,4	11,0	12,7
2	1,7	0,9	2,2	2,2
3+	0,0	0,2	0,3	0,2
Promedio	1,2	1,2	1,2	1,2
Paridez	0,1	0,1	0,2	0,2

Fuente: Cuadro 4.1.2.1 Profamilia 2000b, DHS-2000.

Analizar las tendencias en el nivel de fecundidad adolescente observando las mujeres entre 15-19 años de edad no da información completa, ya que es una información que se encuentra censurada. Esto ocurre porque no todas las cohortes han terminado de experimentar la fecundidad adolescente durante esta etapa en la vida; por ejemplo las jóvenes de 15 años aún no han vivido los 16 a 19 años de edad. Por tal razón, es mejor analizar la experiencia en

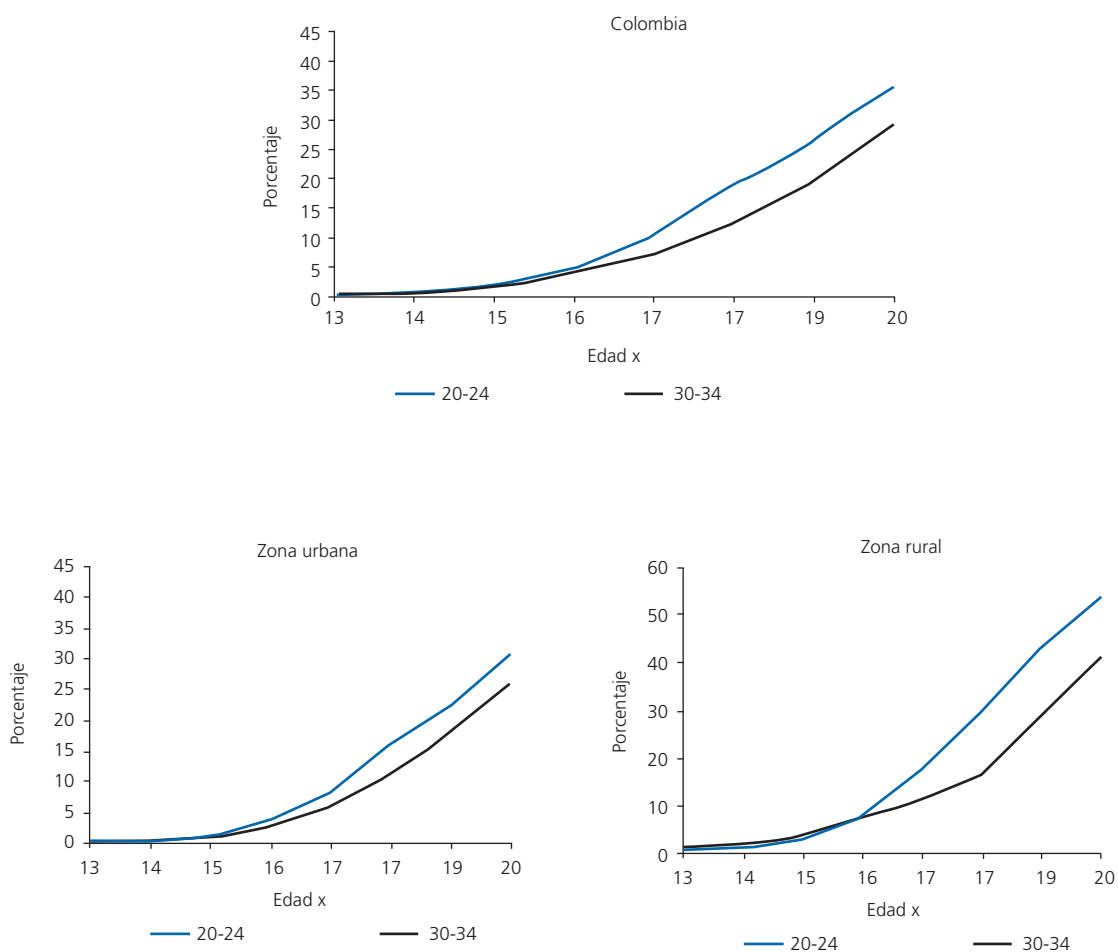
fecundidad hasta una edad dada, de mujeres que superan esta edad particular. El Gráfico 1 muestra la proporción de madres por edad hasta los 20 años, para dos cohortes de edad: mujeres entre los 20-24 años y 30-34 años (DHS, 2000). En términos generales, se observa que la fecundidad durante la adolescencia ha aumentado en la cohorte más joven. Mientras aproximadamente 29% de las mujeres entre 30-34 años de edad habían sido madres antes



de los 20 años, este porcentaje aumenta alrededor de 36% entre las mujeres de 20-24 años. El incremento en la proporción de madres se da desde los 15 años, es decir las edades tempranas del ciclo reproductivo. Estos cambios entre cohortes refuerzan los hallazgos previos de que la fecundidad adolescente ha venido aumentando y que el patrón se ha rejuvenecido. Es

decir, no sólo la incidencia (tasa) de la fecundidad entre las adolescentes es ahora mayor, sino el *timing* se ha acelerado, desplazando el patrón hacia las edades más jóvenes. Esta tendencia es válida tanto en la zona urbana como en la rural. No obstante, en las zonas rurales el desplazamiento ha sido mayor frente al que muestran las zonas urbanas (Gráfico 1).

Gráfico 1
Proporción de mujeres madres antes de la edad x por cohorte de edad y zona, 2000



Fuente: DHS-2000. Flórez et. al., (2004).

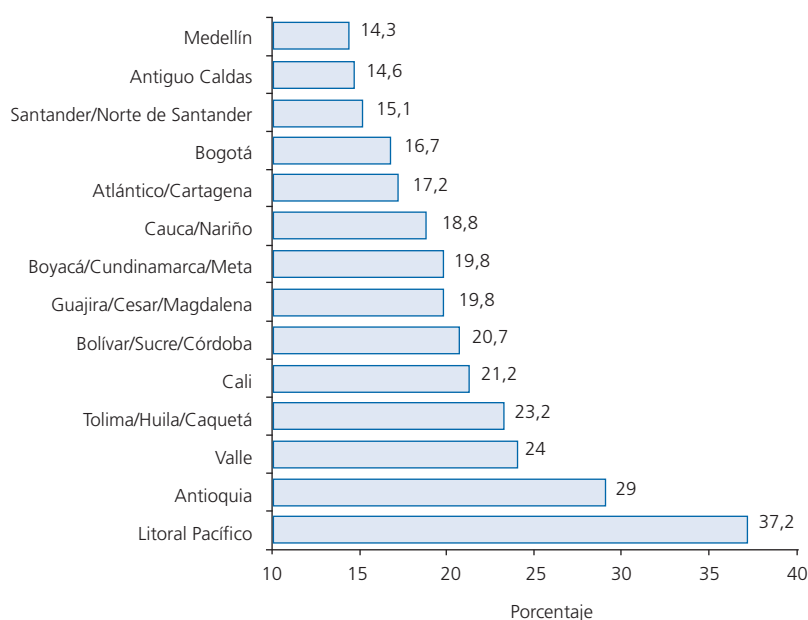


B. Diferenciales regionales

En Colombia las tendencias en la fecundidad adolescente no son homogéneas entre regiones. Mientras en unas aumentan, en otras disminuyen o se estabilizan. En el año 2000 estas diferencias

son evidentes: por ejemplo, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas varía entre 14% en Medellín y 37% en el Litoral Pacífico (Gráfico 2). Aun controlando por urbanización se encuentran grandes diferencias, 14% en Medellín y 21% en Cali.

Gráfico 2
Porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por subregión, 2000 (%)



Fuente: DHS-2000. Flórez et. al., (2004).

De igual manera, las tendencias en la fecundidad adolescente no son homogéneas entre regiones. Mientras en unas regiones aumenta, en otras disminuye, y en otras permanece casi constante (Cuadro 9). Cali es la ciudad y la región que muestra

los mayores cambios: la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas casi se dobla entre 1995 y 2000. Las regiones de Atlántico, Antioquia y Tolima/Huila muestran también aumentos significativos. Por el contrario, en las demás regiones de la



costa Atlántica y en Bogotá este indicador de la fecundidad adolescente disminuye. Así, las diferencias y tendencias en fecundidad adolescente que se observan en el país parecen obedecer no sólo a niveles diferenciales de condiciones socioeconómicas, a diferentes oportunidades

laborales y educativas, a diferentes niveles de acceso de servicios de planificación familiar para los jóvenes, sino que seguramente reflejan también diferencias culturales y significados sobre la familia, el matrimonio, la maternidad y diferentes procesos de socialización.

Cuadro 9
Porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por subregión
1995-2000 (%)

Subregión	1995	2000	2000/1995
Cali	11,2	21,2	89,3
Atlántico/Cartagena	10,8	17,2	59,3
Antioquia	19,1	29,0	51,8
Tolima/Huila/Caquetá	16,1	23,2	44,1
Valle	19,0	24,0	26,3
Litoral Pacífico	30,9	37,2	20,4
Medellín	13,9	14,3	2,9
Boyacá/Cundinamarca/Meta	19,4	19,8	2,1
Antiguo Caldas	14,7	14,6	-0,7
Cauca/Nariño	19,4	18,8	-3,1
Santander/Norte de Santander	15,6	15,1	-3,2
Bogotá	18,0	16,7	-7,2
Bolívar/Sucre/Córdoba	23,4	20,7	-11,5
Guajira/Cesar/Magdalena	22,8	19,8	-13,2
Total	17,4	19,1	9,8

Fuente: DHS-95 y DHS-2000. Flórez et. al, (2004).

C. Diferenciales socioeconómicos

Existe consenso en la literatura en que la educación es uno de los principales factores socioeconómicos relacionados con la fecundidad. Un aumento en el nivel educativo en la mujer lleva también a un aumento en el costo de oportunidad de su tiempo, lo cual se traduce en un aumento en la edad a la

primera unión y al nacimiento de su primer hijo y, eventualmente, en una disminución en el número total de hijos al final del ciclo reproductivo.

El Cuadro 10 muestra los diferenciales por nivel educativo de las adolescentes para cada una de las actividades reproductivas: inicio de relaciones sexuales, unión, uso de métodos de planificación



familiar y maternidad. Dos hechos son evidentes. Primero, existe una relación negativa y fuerte entre educación y estos indicadores, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Así, en cada uno de los años, hay una mayor proporción de adolescentes menos educadas que han iniciado relaciones sexuales, que han comenzado una unión, que la unión sea consensual, y que han tenido al menos un hijo o están embarazadas. Segundo, aunque la proporción de adolescentes que ha experimentado estos eventos aumenta a través del tiempo en ambos grupos educativos,

los aumentos han sido más marcados entre las adolescentes de mayor nivel educativo. Esto implica una disminución de los diferenciales entre grupos de educación, que favorecen a las adolescentes menos educadas. Así, en 1990, la proporción de adolescentes menos educadas con al menos un hijo era 3 veces la proporción observada en las más educadas. En 2000, la relación es únicamente 2 a 1 (Cuadro 10). Igual pasa en los diferenciales por educación en el inicio de las demás actividades reproductivas: inicio de relaciones sexuales, unión y unión consensual.

Cuadro 10
Proporción de adolescentes que han iniciado actividades reproductivas por nivel educativo y zona 1990-2000 (%)

Actividad	Total			Zona urbana			Zona rural		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Relaciones sexuales									
Primaria o menos	30,5	43,4	52,6	33,0	43,5	52,6	27,6	43,3	52,7
Secundaria o más	15,2	23,9	36,5	16,1	23,9	37,7	8,2	24,1	30,5
Unión legal o consensual									
Primaria o menos	19,6	24,0	26,3	17,8	23,3	22,1	21,8	24,6	30,5
Secundaria o más	6,1	9,2	11,1	6,3	8,7	10,3	4,5	12,1	15,0
Unión consensual									
Primaria o menos	15,0	21,0	23,9	15,9	21,4	21,0	14,0	20,6	26,9
Secundaria o más	4,1	6,9	9,7	4,1	6,4	9,0	4,5	10,0	13,1
Usó alguna vez planificación familiar^{1/}									
Primaria o menos	14,8	26,5	40,4	17,1	28,3	41,3	12,2	24,8	39,5
Secundaria o más	8,4	19,6	31,1	8,9	19,9	32,5	4,5	17,3	24,2
Con al menos un hijo o embarazada									
Primaria o menos	22,1	29,9	34,0	23,6	28,3	30,7	20,4	31,5	37,4
Secundaria o más	7,5	12,1	15,0	7,6	19,9	14,6	6,3	16,7	16,7

^{1/} Proporción entre todas las adolescentes del grupo.

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.



El contexto y el ambiente familiar han demostrado ser factores que influyen en el desarrollo psicosocial de los adolescentes y, en general, en el logro de las tareas propias de este periodo de la vida. Dentro de los indicadores de contexto familiar, las características de la madre y la forma de constitución de la familia se consideran de gran importancia, especialmente para las niñas. Varios estudios han demostrado que la estructura de la familia y las normas y valores predominantes en la sociedad son factores importantes en el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes (Hogan y Kitagawa, 1995; Vargas y Barrera, 2002; Vargas y Barrera, 2003). Bajo nivel de ingreso, jefatura femenina, bajo nivel educativo de la madre, son factores, entre otros, que aumentan la probabilidad de inicio de actividades sexuales y reproductivas entre los adolescentes (Flórez y Núñez, 2002). La forma de constitución de la familia parece también afectar dicho comportamiento. Resultados para Bogotá y Cali indican que la proporción de adolescentes (13 a 19 años) que han iniciado relaciones sexuales, han tenido un embarazo o un hijo nacido vivo es consistentemente mayor entre aquellas cuyas madres están en unión consensual o son separadas/divorciadas que entre las que tienen madres en uniones legalmente constituidas (legal o religiosa), independientemente del estrato socioeconómico (Cuadro 11). Las diferencias son

especialmente marcadas para el embarazo e hijo nacido vivo. En ambas ciudades, la proporción de adolescentes que han tenido un embarazo o un hijo nacido vivo es el doble entre aquellas con madre en unión consensual o separadas/divorciadas que entre las que tienen madre legalmente casada. Las diferencias son aun mayores en el estrato medio-alto.

Esta asociación podría interpretarse a la luz de los planteamientos de Meschke (2000) –citado en Vargas y Barrera (2003)– quien afirma que los adolescentes pueden iniciar actividad sexual más temprano cuando viven en una familia monoparental (o biparental en unión consensual) por una de dos razones: ya sea porque tienen la percepción de que sus padres sostienen actitudes permisivas o liberales ante la sexualidad (en particular en los casos de uniones consensuales), o porque hay un menor número de personas disponibles para supervisar su actividad sexual (en el caso de los hogares nucleares monoparentales). Tal parece que la socialización en hogares fundamentados en la unión consensual o en hogares monoparentales están, de alguna manera, influyendo en mayores riesgos de embarazo adolescente debido a factores de tipo afectivo, de estabilidad conyugal y/o a una mayor flexibilización de los padres en el control de las jóvenes.



Cuadro 11
Proporción de adolescentes que ha iniciado actividades reproductivas por tipo de unión de la madre por estrato socioeconómico, Bogotá y Cali, 2003

Estrato/Tipo de unión de la madre	Bogotá (N=550)			Cali (N=552)		
	Relac. sexual	Embar.	Hijo nac. vivo	Relac. sexual	Embar.	Hijo nac. vivo
Estrato bajo						
Unión consensual	40,8	13,3	10,2	48,8	10,0	7,5
Casada	31,2	10,8	7,5	44,4	8,9	6,7
Separada/Divorciada	35,4	12,2	9,8	53,1	20,4	18,4
Estrato medio-alto						
Unión consensual	27,5	3,9	2,0	50,6	9,4	8,2
Casada	25,2	1,5	0,7	26,0	2,7	2,0
Separada/Divorciada	31,7	8,3	6,7	28,2	2,6	1,3
Total						
Unión consensual	31,5	10,1	7,4	37,6	9,7	7,9
Casada	27,6	5,3	3,5	30,3	4,1	3,1
Separada/Divorciada	33,8	10,6	8,5	37,8	9,4	7,9
Total	30,0	7,6	7,1	34,2	7,2	6,5

Fuente: Flórez, 2004: Encuesta Salud Adolescente, 2003, CEDE.



III. Determinantes de la fecundidad

Simmons (1985) propone un marco conceptual para analizar los determinantes de los patrones reproductivos, que se ha aplicado también para el caso de las adolescentes (Flórez et. al., 2004). De acuerdo con este marco, las condiciones socioeconómicas y contextuales actúan sobre el nivel y el *timing* de la fecundidad a través de los determinantes próximos. Davis y Blake (1956) identifican como determinantes próximos aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, la concepción y la gestación: el inicio de relaciones sexuales, la unión, la anticoncepción y el aborto. Desarrollos posteriores han incluido la infertilidad posparto y se han centrado en aquellos factores que son determinantes importantes de la fecundidad y que, al mismo tiempo, varían entre grupos poblacionales, a saber: inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, anticoncepción, aborto e infertilidad posparto (Moreno y Singh, 1996). Se esperaría que el efecto de exposición al riesgo de embarazo es menos importante entre mayor sea la aceptación y el uso de métodos de planificación familiar. Igualmente, entre mayor sea la exposición al riesgo de embarazo y menor sea el acceso a métodos de planificación familiar, mayor la importancia del aborto. Sin embargo, Guzmán, Márquez y Contreras (2000) afirman que en la mayoría de los países latinoamericanos es más probable que el embarazo premarital termine en matrimonio que en aborto.

A continuación se resumen los resultados disponibles sobre los determinantes próximos y sobre los factores socioeconómicos que actúan a través de ellos.

A. Determinantes próximos

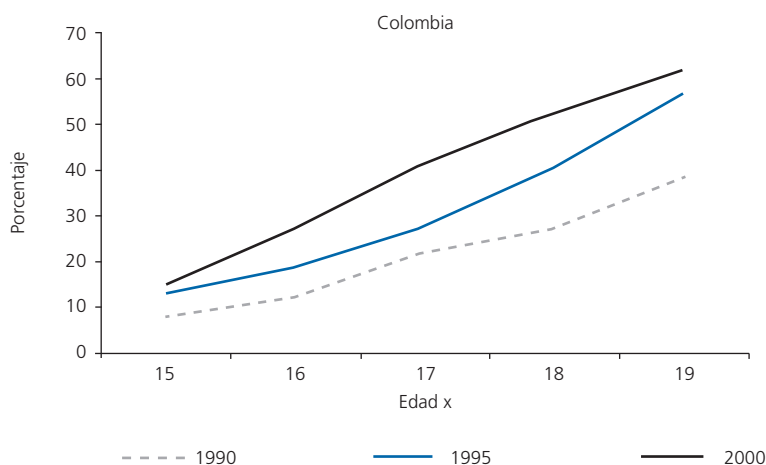
1. Inicio de relaciones sexuales

La edad a la cual la mujer inicia relaciones sexuales (dentro o fuera de la unión marital) marca el comienzo del periodo de exposición al riesgo de embarazo. En Colombia, la edad a la cual las jóvenes inician relaciones sexuales ha venido disminuyendo y la proporción que ha tenido relaciones sexuales a cada edad ha aumentado (Flórez y Núñez, 2002; Ordóñez, 2002; Flórez, 2003). La proporción de adolescentes que ha iniciado actividad sexual en el país es cada vez mayor: en 1990 eran aproximadamente 21%; en 1995, el 30%; y en 2000 equivalían a 40%. Así, la actividad sexual en las adolescentes se duplicó en la última década (Cuadro 12). Este comportamiento se da en todas las edades entre los 15 y 19 años, pero es especialmente marcado a partir de los 17 años (Gráfico 3).

La proporción de adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales es similar en las zonas urbanas que en las rurales (Cuadro 12). Aunque menos de la mitad de las adolescentes ha iniciado relaciones sexuales, llama la atención su tendencia creciente. Sin embargo, el nivel que se observa en 2000 (40%) es inferior a lo que comúnmente los mismos adolescentes perciben. En efecto, estudios cualitativos evidencian que hombres y mujeres adolescentes señalan la creencia que más de 60% o 70% de los adolescentes ha iniciado actividad sexual (Vargas, Henao y González, 2004).



Gráfico 3
Proporción de adolescentes que han iniciado actividad sexual por edad
1990-2000



Cuadro 12
Proporción de adolescentes que han iniciado actividades reproductivas
1990-1995-2000 (%)

Actividad	Total			Zona urbana			Zona rural		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Relación sexual	20,8	29,6	40,1	20,5	27,6	39,9	21,8	35,5	40,6
Unión	13,1	16,5	17,6	11,3	14,5	15,1	18,7	22,4	25,8
Embarazo	12,8	13,4	18,9	11,7	14,5	16,7	16,2	25,5	25,9
Hijo	9,6	13,5	15,1	8,8	11,5	13,3	12,3	19,3	20,8

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.

Al igual que con la fecundidad adolescente, no sólo la incidencia de las relaciones sexuales es mayor, sino que el *timing* se ha acelerado, desplazando el inicio de las relaciones hacia edades más jóvenes. Por una parte, la evidencia indica que la proporción de adolescentes que han iniciado relaciones sexuales

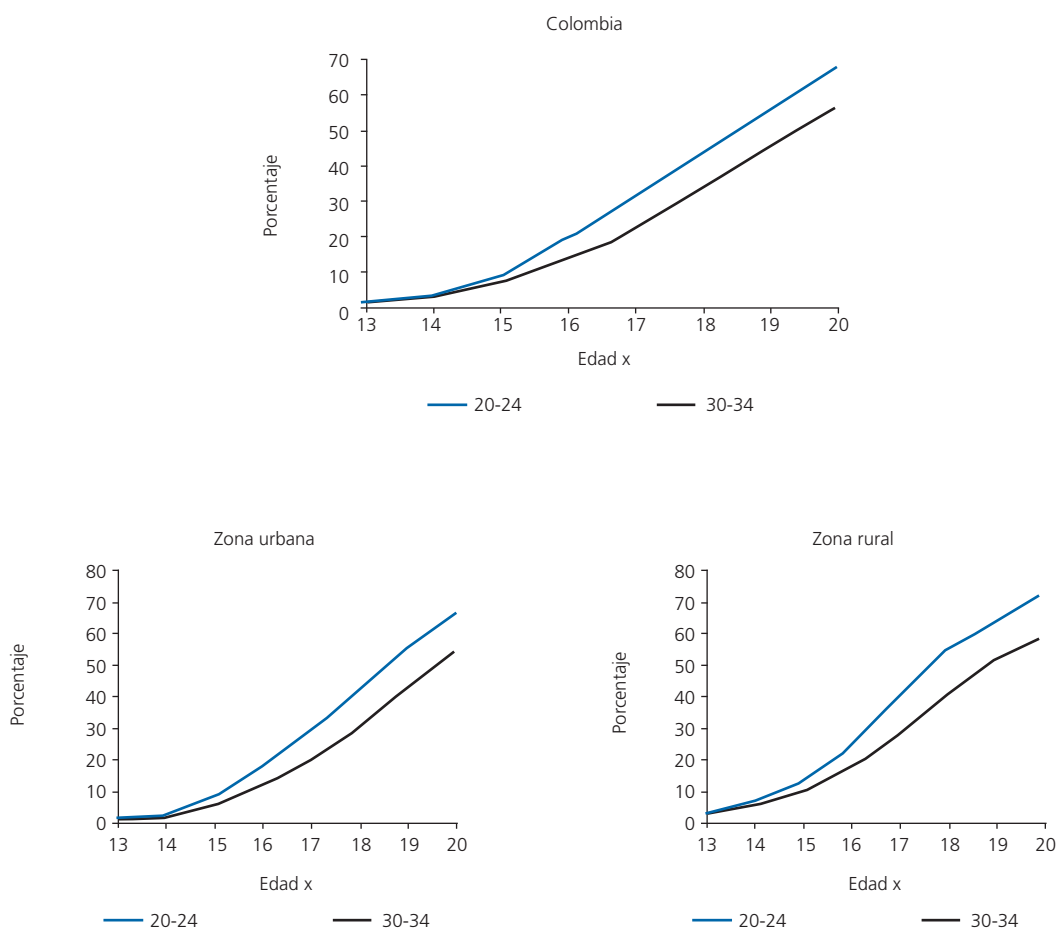
antes de los 18 años ha venido aumentando entre las cohortes de edad más jóvenes (Flórez, 2003). Así, 33% de las mujeres de 30-34 años habían iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, mientras que tal proporción aumentó a 44,6% entre las mujeres de 20-24 años (Gráfico 4). Este



aumento entre cohortes es común a las zonas urbanas y rurales, aunque es más marcado en las zonas rurales que en las urbanas (Gráfico 4). Por otra parte, entre las adolescentes, el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más rápido: en 1990, 5% de las adolescentes habían iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años; en 2000,

tal porcentaje casi se duplica, llegando a 8,7% (Cuadro 13). Aunque, en 2000, menos de 10% de las adolescentes habían iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años, lo que llama la atención es el aumento significativo y persistente que se observa en la última década.

Gráfico 4
Proporción de mujeres con relaciones sexuales antes de la edad x por cohorte de edad y zona, 2000



Fuente: DHS-2000. Flórez et. al., (2004).



Cuadro 13
Proporción de adolescentes que han iniciado actividades reproductivas antes de los 15 años
1990-1995-2000 (%)

Actividad	Total			Zona urbana			Zona rural		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Primera relación	4,9	7,6	8,7	4,3	6,4	8,8	6,6	11,2	8,6
Primera unión	2,8	3,8	3,8	2,3	2,7	3,2	4,4	7,1	5,9
Primer hijo	1,0	1,3	1,2	0,5	1,0	1,1	2,6	2,1	1,5

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.

Un efecto adicional que presenta la reducción de la edad a la que inician las jóvenes su actividad sexual, es el mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o Sida. Prada (2001) muestra que en 1996 se registraron 2.575 casos de personas infectadas de Sida/VIH, de las cuales 42% tenía Sida, cifra que era siete veces menor en 1987. Igualmente, se reportaron 53 mil mujeres atendidas por infecciones de transmisión sexual, lo cual se traduce en una tasa de 134 por 100 mil habitantes. De estos casos, 43% corresponde a tricomoniasis urogenital, 32% a infecciones gonocócicas, 17% a sífilis de todo tipo y 8% a herpes genital. Las enfermedades de transmisión sexual tienen serias consecuencias en la salud y la vida reproductiva de las mujeres, si no son tratadas de forma oportuna. Por lo tanto, el incremento de estas enfermedades constituye un grave riesgo para las adolescentes.

2. Primera unión

Contrario al inicio de las relaciones sexuales, los niveles y cambios en nupcialidad son menos marcados, con una leve tendencia hacia una mayor incidencia y un inicio más rápido de las uniones. Por una parte, la proporción de adolescentes solteras ha disminuido, de 87% en 1990, a 82,5% en 2000 (Cuadro 14). Por otra, la proporción de adolescentes unidas (legal o consensual) aumenta de 11% en 1990 a 14% en 2000 (Cuadro 14), y la proporción que ha iniciado una unión antes de los 15 años aumenta levemente, de 2,8% a 3,8% entre 1990 y 2000 (Cuadro 13). Estos cambios indican una tendencia no muy marcada hacia una mayor importancia de las uniones entre las adolescentes, sugiriendo un efecto positivo de la unión sobre la fecundidad adolescente. Este fenómeno es más marcado en las zonas rurales, en donde la proporción de adolescentes solteras baja de 81% en 1990 a 74% en 2000 (Cuadro 14).



Cuadro 14
Distribución de adolescentes por estado marital, 1990-1995-2000 (%)

Estado marital	Total			Zona urbana			Zona rural		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Soltera	86,9	83,4	82,5	88,8	85,5	84,9	81,3	77,6	74,2
Casada	3,0	2,5	1,6	2,1	2,2	1,3	5,5	3,2	2,7
Unión consensual	8,1	11,1	12,7	7,2	9,3	10,7	11,2	16,3	19,4
Divorc./Sep./Viuda	2,0	3,0	3,2	1,9	3,0	3,1	2,0	2,8	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

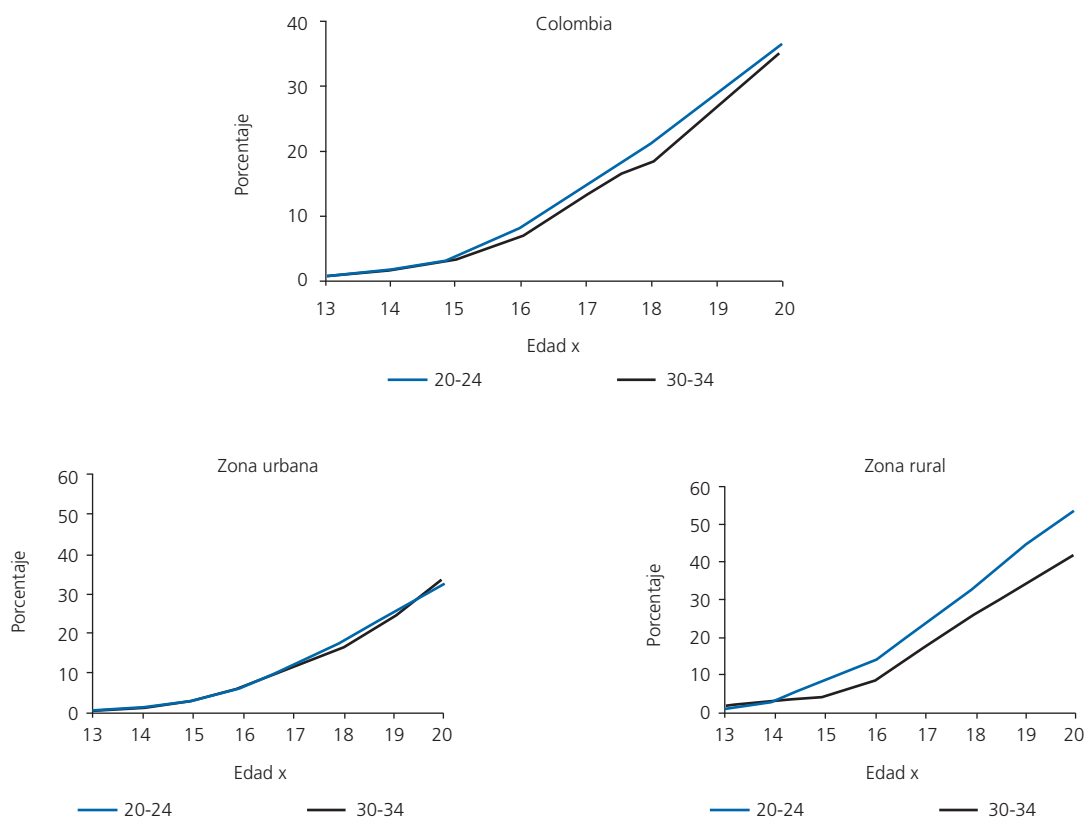
Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.

Comparando entre cohortes, la evidencia confirma la mayor importancia de las uniones: la proporción de mujeres unidas a los 20 años aumenta de la cohorte 30-34 años a la cohorte más joven de 20-24 años, siendo el cambio más marcado en las zonas rurales que en las urbanas (Gráfico 5). Sin embargo, los cambios en nupcialidad (uniones) son mucho menos marcados que los observados en el inicio de las relaciones sexuales. El Cuadro 15 indica que la proporción de mujeres de 20-24 años que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años aumentó de 30% a 44,5% entre 1990 y 2000, mientras la proporción de las que se unieron (legal o consensual) antes de los 20 años prácticamente permaneció constante, alrededor de 4%. Estos cambios implican un aumento importante en las relaciones sexuales prematrimoniales y en el periodo

de exposición al riesgo de embarazo adolescente previo a la constitución de una unión estable (legal o consensual). Así, si se compara la proporción de mujeres que no han tenido ninguna actividad sexual, con las mujeres que nunca han establecido algún tipo de unión, se observa un aumento significativo de las relaciones sexuales prematrimoniales. En 1990, la proporción de mujeres no unidas y que nunca habían tenido relaciones sexuales se sitúa alrededor de 15%; pero al finalizar la década, esta relación cambia, y las tres cuartas partes de las mujeres que no se han unido, ya han tenido actividad sexual (Prada, 2001). Este fenómeno es un elemento de la “revolución sexual” actual, y que vivieron los países industrializados en el siglo XX (Luker, 2003), con un cambio irreversible de valores, actitudes y comportamientos.



Gráfico 5
Proporción de mujeres unidas antes de la edad x
por cohorte de edad y zona. 2000



Fuente: DHS-2000. Flórez et. al., (2004).

Cuadro 15
Proporción de mujeres de 20-24 que iniciaron
actividades reproductivas antes de la edad x
1990-2000

Año / Edad	Primera relación sexual			Primera unión		Primer hijo		
	<15	<18	<20	<15	<20	<15	<18	<20
1990	6,2	30,1	49,7	3,2	37,3	1,0	13,4	30,5
1995	8,9	40,6	61,5	5,7	41,5	2,5	17,7	36,0
2000	9,2	44,5	68,7	4,1	37,1	1,6	19,0	35,5

Cuadros 5.5, 5.3 y 3.12. Profamilia, DHS-1990. Cuadros 6.4, 6.2 y 4.7. Profamilia, DHS-2000.

Fuente: Cuadros 5.5, 5.7 y 3.8. Profamilia, DHS-1995.



Las uniones a tempranas edades tienden a ser más inestables que aquellas establecidas más tarde en el ciclo de vida. Zamudio y Rubiano (1991) afirman que uno de los principales factores asociados a las separaciones es la edad a la que se realiza la unión, encontrando que las separaciones provienen principalmente de las uniones que se realizaron a tempranas edades: *“la relación es inversamente proporcional, esta proporción es notoriamente más alta en las uniones celebradas alrededor de los 15 años de alguno de los miembros de la pareja, caso en el cual la mitad de las uniones termina en separación. Igualmente esta proporción es definitivamente mayor cuando el hombre es menor de 20 años que cuando lo es solamente la mujer”*. En cuanto a la duración de la unión, las uniones consensuales presentan una duración promedio que es casi dos veces menor que la de legales, 6,3 años y 12,2 respectivamente. Entre las jóvenes que alguna vez han estado unidas y se han separado, arguyen como primera causa la infidelidad del compañero (43%), le sigue la falta de compromiso del marido en el cumplimiento de sus deberes como padre (23%) y la violencia física, psicológica o sexual (10%) (Cuadro 3.4.2. DHS, 2000).

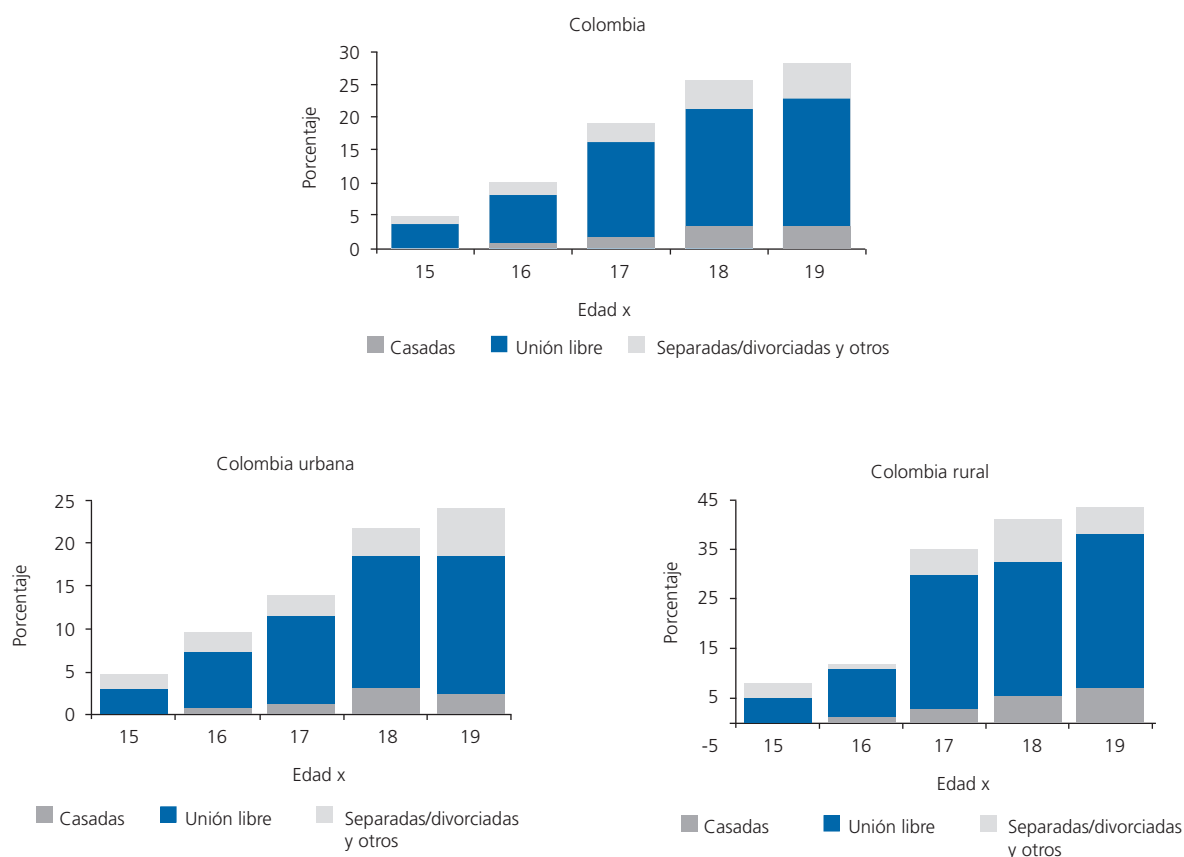
El tipo de unión en que se están estableciendo las adolescentes, presenta una tendencia creciente hacia las uniones consensuales y un debilitamiento de las uniones legales/religiosas, tanto a nivel rural como urbano. Las adolescentes urbanas en unión consensual aumentan de 8% a 12,7%, mientras que las uniones legales/religiosas disminuyen de 3% a 1,6%, entre 1990 y 2000 (Cuadro 14).

Considerando sólo las adolescentes unidas, las uniones consensuales pasan de 73% a 89% en la década. En las zonas rurales, la creciente importancia de las uniones consensuales es mucho más marcada que en las zonas urbanas: las uniones consensuales casi se duplican entre 1990 y 2000 al pasar de 11% a 19%. Esta tendencia tiene una connotación importante, ya que las uniones consensuales generalmente son más inestables que las uniones legales, pues al estar determinadas sólo por el componente afectivo, es más fácil disolverlas. Zamudio y Rubiano (1991) encuentran que la proporción de uniones consensuales que terminaron en separación es tres veces mayor que la de los matrimonios católicos. Las uniones consensuales pueden considerarse como un ensayo o prueba que hacen los adolescentes antes de establecer el matrimonio legal/religioso. Sin embargo, la importancia de las consensuales es marcada y creciente en todos los grupos de edad (Gráfico 6), incluidas las edades adultas (Flórez, 2004), lo que sugiere más un debilitamiento de la institución del matrimonio (legal o religioso) que una prueba de compatibilidad de caracteres antes de legalizar la unión.

Respecto a los compañeros con el que se están uniendo las adolescentes entre los 15-19 años, se caracterizan por tener en su mayoría entre 20-24 años de edad (DHS, 1995). Algunos estudios afirman que la similitud en la edad entre los hombres y mujeres, puede generar espacios de comunicación con mayor facilidad, pueden tener experiencias parecidas y compartir espacios en la unión (Guzmán, J. et. al., 2000).



Grafico 6
Distribución de adolescentes alguna vez unidas por estado civil y edad según zona
2000 (%)



Fuente: Cálculos propios con base en DHS, 2000

3. Uso de métodos de planificación familiar

Existen diversos factores por los cuales las mujeres deciden utilizar métodos anticonceptivos, más aun cuando son adolescentes. La estabilidad de una unión (legal o consensual) y el deseo de tener un hijo influyen ampliamente en esta decisión. La práctica del control natal entre mujeres que desean evitar

un embarazo depende tanto del conocimiento como del acceso a los métodos de planificación familiar, que involucra no sólo la información de cada método, sino la oferta y servicios que caracterizan estos productos. El acceso a métodos de planificación familiar, y en general a los servicios de salud sexual y reproductiva, es crucial entre las adolescentes (*The Alan Guttmacher Institute, 1998*).



En relación con el conocimiento de los métodos de planificación familiar, la totalidad de las adolescentes conoce algún método (DHS, 2000). El 99,5% de ellas conoce un método moderno y 84,4% uno tradicional. Entre los métodos modernos más conocidos se encuentran el condón (99%), la píldora (98%) y la inyección (91%) (Cuadro 5.1.1, DHS, 2000).

El uso alguna vez de métodos de planificación familiar entre las adolescentes ha aumentado significativamente en la última década. El porcentaje de adolescentes unidas que nunca han usado planificación familiar baja de 38% a 17%, y entre las no unidas pero sexualmente activas, la cifra de las que nunca han usado llega tan sólo a 4% en 2000 (Cuadro 16). El uso de métodos modernos prevalece sobre los tradicionales o folclóricos,

llegando casi a 80% entre las adolescentes no unidas pero sexualmente activas. El uso actual de métodos también muestra aumentos significativos en todos los grupos de adolescentes (Cuadro 17). Sin embargo, aún en 2000 se observan porcentajes relativamente altos de no uso: 42,8% entre las unidas y 18,7% entre las no unidas pero sexualmente activas. Claramente hay un mayor nivel de uso entre las no unidas pero sexualmente activas que entre las unidas. Algunas parejas no utilizan métodos de planificación familiar debido a muchos factores tales como los relacionados con la accesibilidad y la calidad de los servicios de planificación familiar. Otros se originan en actitudes personales o culturales, en el miedo a los efectos secundarios que producen los métodos anticonceptivos y uniones consensuales inestables (*The Alan Guttmacher Institute, 1994*).

Cuadro 16
Distribución de adolescentes según uso alguna vez de métodos de planificación 1990-1995-2000 (%)

Método	Total mujeres			Actualmente unidas			No unidas sex. activas ^{1/}		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Modernos	9,0	16,4	27,4	57,9	63,1	74,3	n.a.	66,9	79,8
Tradicionales/Folc.	3,6	13,7	21,7	15,5	49,2	50,3	n.a.	57,1	72,1
No han usado	89,3	78,4	66,9	38,0	21,3	17,4	n.a.	12,4	4,4

^{1/} Tuvieron relaciones sexuales en los 30 días que precedieron la encuesta.

Fuente: DHS-1990; DHS-1995; DHS-2000.

Fuente: Cuadros 4.2. Profamilia, DHS-1990.

Cuadros 4.2. Profamilia, DHS-1995.

Cuadros 5.2.1. Profamilia 2000b, DHS-2000.



Cuadro 17
Distribución de adolescentes según uso actual de métodos de planificación
1990-1995-2000 (%)

Método	Total mujeres			Actualmente unidas			No unidas sex. activas ^{1/}		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Modernos	4,5	7,6	12,1	31,9	36,7	45,0	n.a.	42,6	49,6
Tradicional/Folc.	1,2	3,3	5,2	5,0	14,0	12,2	n.a.	24,2	31,7
No usa	94,4	89,1	82,7	63,1	49,3	42,8	n.a.	33,2	18,7

^{1/} Tuvieron relaciones sexuales en los 30 días que precedieron la encuesta

Fuente: DHS-1990; DHS-1995; DHS-2000.

Fuente: Cuadros 4.3. Profamilia, DHS-1990.

Cuadros 4.4. Profamilia, DHS-1995.

Cuadros 5.2.1. Profamilia 2000b, DHS-2000.

Aunque casi todas las adolescentes conocen los métodos de planificación familiar, todavía presentan vacíos fundamentales en materia de salud reproductiva y en el uso adecuado de los métodos. En cuanto a salud reproductiva, muchos de los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en centros de salud, médicos particulares o programas especializados, son fuentes de información que a veces las jóvenes no utilizan, ya que manifiestan que les da pena pedir el servicio, o consideran que el personal no es amable y no les da confianza o simplemente no saben dónde ir (Profamilia, DHS 2000). Además, entre aquellas jóvenes que sí han utilizado estos servicios, resaltan que la información suministrada es insuficiente (Flórez et. al., 2004). En cuanto al conocimiento adecuado, sólo un poco más de la tercera parte de las adolescentes (38%) en 2000, conocen que el periodo fértil de la mujer tiene lugar a mitad del ciclo menstrual. Entre las adolescentes solteras que han tenido relaciones sexuales, la proporción llega a la mitad (51%), y entre las que usan el método del ritmo o abstinencia periódica, la proporción

aumenta a 60% (Profamilia, DHS-2000). Esto indica que las adolescentes están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de esta, pues aunque saben cuáles son los métodos y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y el uso apropiado de los métodos (Guzmán, J., 2000).

El desconocimiento sobre el uso adecuado de los métodos de planificación hace que entre todas las mujeres en edad fértil, las adolescentes sean las que presenten las mayores tasas de falla de método. La quinta parte de las adolescentes (21%) que han usado métodos declaran que el último método les falló mientras lo usaban, y quedaron embarazadas (Cuadro 18). Entre las menos educadas y con mayor nivel de pobreza, hay mayor falla del método y mayor proporción han quedado embarazadas (Cuadro 18). Así, una cuarta parte de las adolescentes de las zonas rurales, sin educación, y en hogares pobres o en miseria, han quedado embarazadas por falla del método. Las tasas de falla de los



métodos llegan a 22% para el retiro y 22% para el ritmo, 7,5% para la píldora, 6,7% para la inyección y 4,5% para el condón (Profamilia, DHS-2000). Este patrón de comportamiento parece indicar que hay serios vacíos en términos de educación

sexual y reproductiva, instrumentos necesarios con que deberían contar las adolescentes para evitar embarazos no deseados y precoces. De hecho, cerca de 56% de las adolescentes no deseaban su último embarazo (Cuadro 19).

Cuadro 18
Distribución de adolescentes por razones de última discontinuación del uso de métodos de planificación según características, 2000

Característica	Quedó embarazada	Para embarazarse	Efectos secundarios y problemas de salud	Acceso	Deseaba método más efectivo	Difícil de usar	Sexo poco frecuente	Costos	Otros	Total
Zona										
Urbana	19,2	8,8	9,5	1,2	10,6	7,9	34,6	1,2	7,0	100
Rural	24,6	13,7	9,2	1,1	4,1	6,1	18,3	5,4	17,5	100
Nivel de educación										
Sin educación	23,0	31,4	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	23,4	100
Primaria	22,4	10,5	10,5	1,5	10,1	5,9	19,4	3,5	16,2	100
Secundaria	21,0	10,2	9,7	0,8	8,3	8,6	32,5	1,6	7,3	100
Universitaria	7,4	2,1	1,9	3,3	15,5	3,0	59,9	2,9	4,0	100
Índice de NBI										
No pobre	13,6	6,8	9,2	1,5	11,9	9,1	36,7	1,5	9,7	100
Pobre	25,1	11,7	7,4	0,6	9,7	8,0	33,3	0,0	4,2	100
En miseria	25,6	12,5	11,1	1,2	5,2	5,1	21,5	4,7	13,1	100
Total	20,5	9,9	9,4	1,2	9,2	7,5	30,7	2,2	9,4	100

Incluye a todas las mujeres que alguna vez han usado.

Otros agrupan las siguientes razones para no uso: el marido no aprueba, difícil embarazarse, separación, otras razones o no responde.

Fuente: Cuadro 5.7.3, Profamilia 2000b, DHS-2000.



Cuadro 19
Distribución de adolescentes por deseo del último embarazo, 2000

Característica	Deseó último embarazo			Total
	Deseado entonces	No deseado		
		Deseado más tarde	No deseaba más	
Zona				
Urbana	41,6	47,8	10,6	58,4
Rural	49,2	43,5	7,3	50,8
Nivel de educación				
Primaria	50,5	39,7	9,9	49,6
Secundaria	38,8	52,0	9,2	61,2
Grupo de edad				
15-17	46,4	41,9	11,7	53,6
18-19	43,2	48,2	8,6	56,8
Índice de NBI				
No pobre	40,3	50,7	9,1	59,8
Pobre	41,7	45,9	12,5	58,4
En miseria	47,7	44,4	7,9	52,3
Total	44,1	46,4	9,5	55,9

Adolescentes que tuvieron un hijo en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.

Fuente: Cuadro 6.1.1, Profamilia 2000b, DHS-2000.

En cuanto al acceso a los métodos de planificación familiar, la principal fuente de abastecimiento en 2000 fueron las droguerías (69%), seguidas por las instituciones de salud del gobierno (12%), las EPS o ARS (5%), Profamilia (2%) y centros médicos particulares (2%) (Cuadro 5.5.1, DHS, 2000). Las adolescentes resaltan la buena atención del personal médico y los servicios prestados, pero califican como deficiente la orientación y la información sobre los métodos anticonceptivos (DHS, 2000).

4. Aborto inducido

Otro determinante próximo de la fecundidad adolescente es el aborto inducido. En Colombia, se estima que por cada 10 nacidos vivos se practican 4 abortos (*The Alan Guttmacher Institute*, 1994). Además, se afirma que es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna (Mora, M., 1995). Sin embargo, no existe confiabilidad en las estimaciones sobre la incidencia del aborto inducido debido a que no está aprobado legal y socialmente.



Wartenberg et. al. (1992) muestran que, aunque desde la década de los setenta existen en el país mecanismos para planear los embarazos, la práctica del aborto inducido como método de control de la natalidad ha aumentado significativamente. Las mayores tasas de aborto inducido como control natal se dan al mismo tiempo que se produce un aumento en el uso de los métodos anticonceptivos. El 78,4% de los abortos inducidos son resultado de embarazos no deseados en parejas que no utilizan ningún método anticonceptivo y una quinta parte de los abortos inducidos son explicados por una mala utilización de los métodos o en la eficacia de los mismos (Waternberg et. al., 1992). Lo anterior de nuevo engrandece el papel que juega la política de educación sexual y reproductiva que deben recibir las adolescentes.

46

Wartenberg et. al. (1992) encuentran que 22,9% de las mujeres urbanas entre 15 y 55 años declararon haberse realizado un aborto en algún momento de su vida. Entre 1982-1987 y 1988-1991, las tasas de aborto aumentaron significativamente en todos los grupos de edad, pero especialmente entre las adolescentes de 15-19 años, cuyas tasas se multiplicaron por cinco, al pasar de 4 a 22 por mil (Cuadro 20). La incidencia del aborto entre las adolescentes es mucho mayor en la región Atlántica (17,8%) y menor en la Andina (5%). La mayoría de las adolescentes que han practicado el aborto lo han hecho una sola vez (Cuadro 21). Sin embargo, dada la corta edad de las adolescentes, un 4% que

ha practicado más de un aborto no es una cifra despreciable.

De acuerdo con Wartenberg, entre las mujeres que han tenido algún embarazo, 12,37% han terminado en aborto, lo que implica que por mujer en edad fértil se producen 0,29 abortos. En promedio, cada mujer tiene 2,34 embarazos, de los cuales 1,9 termina en hijos nacidos vivos, 0,29 en abortos inducidos y 0,15 en aborto espontáneo o un mortinato. Se estima una reducción en el número de hijos por mujer de 13,2%, motivada por la presencia de aborto como mecanismo de control natal. La incidencia del aborto difiere por nivel educativo y estrato socioeconómico. La proporción de adolescentes que han practicado un aborto es mayor entre las adolescentes de menor nivel educativo y en las de menor nivel socioeconómico (Cuadros 22 y 23). Así, entre las adolescentes con primaria incompleta, 26% han practicado algún aborto, mientras que tal proporción es menor a 10% entre las que tienen secundaria o más. Sin embargo, el número de abortos entre las que lo han hecho tiende a ser mayor entre las adolescentes de mayor nivel educativo y de mayor estrato socioeconómico. Este hecho lleva a que el aborto contribuya en la reducción de la descendencia más en los estratos altos y en las adolescentes más educadas. El aporte del aborto en la reducción de la descendencia en los estratos bajos, es de 11,3%, mientras que en los altos el aporte es de 29,2% (Zamudio et. al., 1994).



Cuadro 20
Tasas anuales de aborto por mil mujeres según año del aborto y edad del aborto

Año del aborto	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
62-66	1,9	4,3	4,1			
67-71	2,2	5,2	5,3	4,2		
72-76	2,6	9,3	8,6	3,8	5,1	
77-81	2,4	13,3	11,1	8,1	4,8	6,0
82-87	4,2	25,3	18,1	11,2	8,2	5,1
88-91	22,2	38,8	34,9	28,2	19,5	14,8
Total	62	147	138	90	58	13

Fuente: Wartenberg et. al., 1992.

Cuadro 21
Adolescentes con aborto según región, 1992 (%)

Región	Con aborto	Número de abortos		
		1	2	3
Bogotá	13,0	98,9	1,1	0,0
Antioqueña	10,5	90,8	7,5	1,7
Atlántica	17,8	97,8	2,2	0,0
Andina	5,5	95,3	4,7	0,0
Valle	10,3	91,4	8,6	0,0
Interandina	8,7	91,1	7,3	1,6
Promedio nacional	12,0	95,9	3,7	0,4

Fuente: Wartenberg et. al., 1992.

Cuadro 22
Adolescentes con aborto según nivel educativo, 1992 (%)

Nivel educativo	Con aborto	Número de abortos		
		1	2	3
Primaria incompleta	26,7	94,6	4,7	0,7
Primaria completa	17,7	100,0	-	-
Secundaria incompleta	10,2	95,9	4,1	-
Secundaria completa	7,4	95,3	3,2	1,5
Universitaria incompleta	10,1	93,0	7,4	-
Promedio nacional	12,0	96,0	3,7	0,3

Fuente: Wartenberg et. al., 1992.



Cuadro 23
Adolescentes con aborto según estrato socioeconómico,
1992 (%)

Estrato Socioeconómico	Con aborto	Número de abortos		
		1	2	3
Bajo-bajo	14,7	94,4	5,6	-
Bajo-bajo	15,9	98,6	1,4	-
Medio-bajo	10,9	94,9	4,7	0,4
Medio-medio	7,7	90,8	6,6	2,7
Medio-alto	12,0	96,0	4,0	-
Alto	3,2	100,0	-	-
Promedio nacional	12,0	95,9	3,7	0,4

Fuente: Wartenberg et. al., 1992.

La frecuencia del embarazo no deseado en un contexto de pobreza y de ilegalidad, hace que la práctica del aborto clandestino sea una estrategia provista de altos riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Este tipo de procedimientos de alto riesgo en muchos de los casos da lugar a una emergencia hospitalaria. Wartenberg et. al., (1992) encuentran que el aborto hospitalario parece mantenerse estable en los últimos años mientras que el aborto extrahospitalario aumenta significativamente, siendo los grupos de más alto riesgo los de las mujeres entre los 15-19 años, las solteras, aquellas en el cuarto (o más) embarazo, las que se embarazan en la etapa de posparto y post-aborto, y las mujeres que están descontinuoando algún anticonceptivo o que están en etapa de transición de uno a otro.

A pesar de los altos riesgos, el aborto no es una solución fácil para las mujeres. Más aun en contextos donde es una actividad ilegal y su práctica se realiza en condiciones riesgosas, y con graves repercusiones físicas, emocionales y

económicas para la mujer. Cuando las mujeres se ven enfrentadas a un embarazo no deseado y tienen que decidir su interrupción, deben evaluar y analizar su entorno, su desempeño en materia educativa, laboral, entre otros (Mora, 1995). Estos aspectos son confrontados con sus principios religiosos, sus creencias y valores que hasta ahora eran inquebrantables. La percepción que tienen la mayoría de adolescentes sobre el aborto es la concepción de la Iglesia Católica, que plantea que desde el momento mismo de la concepción, nace una persona y por eso el aborto es un pecado, al quitarle la vida a un ser indefenso. Esta confrontación de valores genera un conflicto que tiene un fuerte impacto emocional y psicológico en las jóvenes, pues el sentimiento de culpa es un mecanismo de censura que la misma sociedad ha creado para que la mujer que practica un aborto sea al mismo tiempo el vehículo de su propio castigo (Mora, 1995). De esta manera, aquellas mujeres que deciden vivir la experiencia del aborto inducido dan mayor importancia a sus proyectos en el ámbito



personal, educativo o laboral en comparación con la maternidad y aunque no consideran el aborto como la mejor alternativa, sí manifiestan que en sus casos fueron apoyadas por amigas, cuñadas o hermanas, lo cual llevaría a pensar que aunque no legitiman el aborto inducido en un sentido amplio, tal y como sucedió con ellas, si tuviesen que hacerlo apoyarían a otras jóvenes en el mismo proceso que ellas vivieron (Cardich R. et. al., 1993).

5. Los determinantes próximos y la fecundidad adolescente

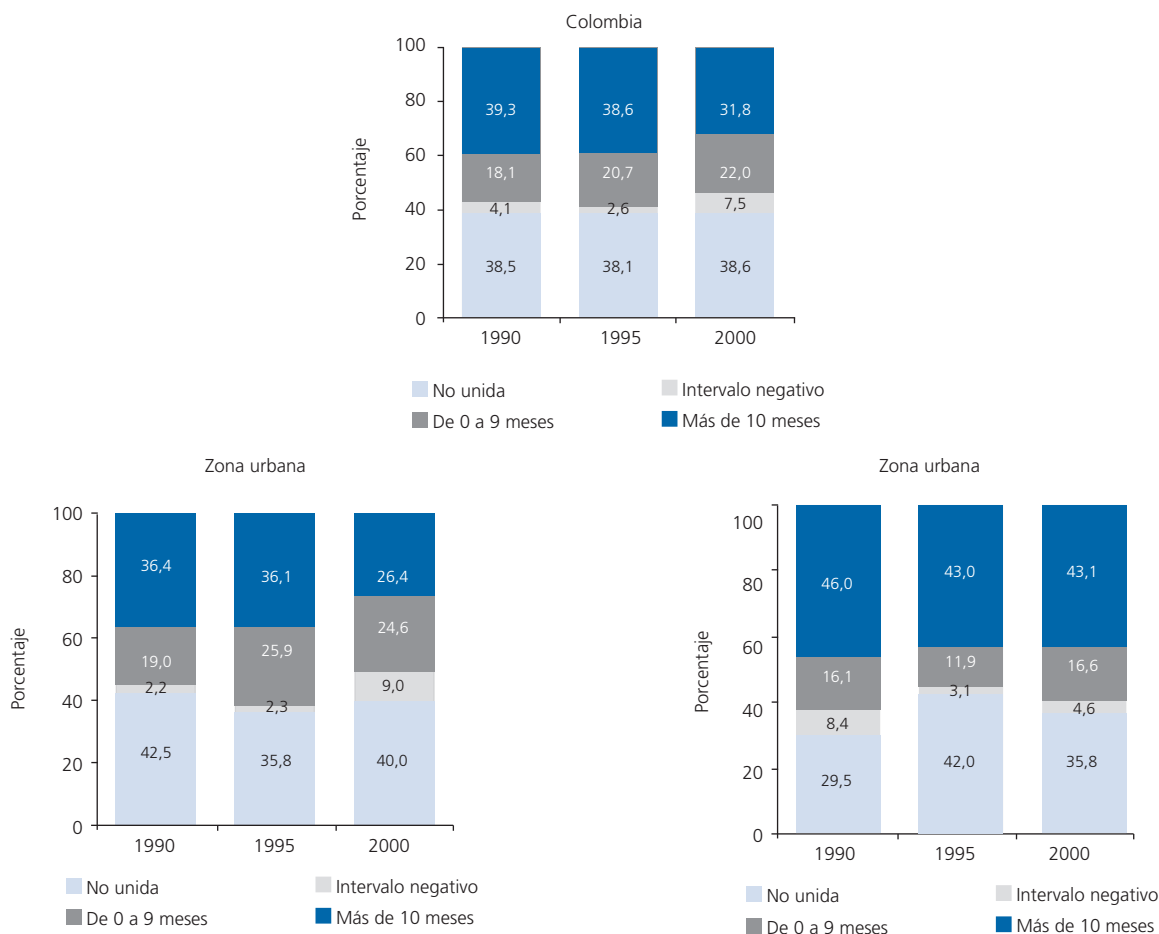
Las secciones previas evidencian un aumento en la fecundidad adolescente, caracterizada por un inicio cada vez más temprano de los roles reproductivos. Estos cambios han sido consecuencia de una actividad sexual mucho más temprana y de mucha mayor incidencia, de unos cambios no muy fuertes en el patrón de inicio de uniones, y de otros fuertes en el control de la natalidad a través de un mayor uso de métodos de planificación familiar y de mayor incidencia del aborto inducido. Estudios indican que el inicio más temprano de la actividad sexual ha contribuido de manera importante al aumento observado en la fecundidad adolescente (Flórez et. al., 2003). La evidencia, igualmente, sugiere que la contribución de un inicio más temprano de las relaciones sexuales y de las uniones ha más que contrarrestado el efecto del control de la natalidad. Algunos estudios (Flórez, 2004; Vargas, Henao y González, 2004) sugieren que algunas adolescentes quedan embarazadas la primera vez que tienen relaciones sexuales porque no usan

método (creencias infundadas sobre la primera relación sexual y falta de planeación del evento), porque usan métodos ineficientes (naturales) o usan métodos de manera inadecuada (aún los métodos naturales son utilizados de manera inapropiada). Otras adolescentes quedan embarazadas cuando dejan de utilizar un método particular durante transiciones, ya sea de pareja o de un método a otro. Y otras quedan embarazadas porque no estaban usando método, ya sea que nunca lo han usado o lo dejaron de usar (creencias infundadas sobre los métodos y escepticismo frente a su efectividad).

Las tendencias observadas en los determinantes próximos tienen implicaciones sobre el tipo de maternidad en las adolescentes. Los cambios en el patrón de inicio de actividad sexual han sido mucho más pronunciados que los cambios en el patrón de uniones (legal o consensual), lo que ha pronunciado el fenómeno del madresolterismo. El Gráfico 7 muestra la distribución de madres adolescentes por intervalo entre la unión y el primer nacimiento. La proporción de madres adolescentes con hijos antes de la primera unión (nunca unidas o con intervalo negativo) es alrededor de 35%-40%, tanto en zonas urbanas como rurales, con un aumento entre 1990 y 2000, especialmente en las zonas urbanas. Por otra parte, la proporción de madres que han tenido un hijo sin establecer una unión y durante la adolescencia ha aumentado significativamente entre cohortes de edad: de 11% entre las madres urbanas de 40-44 años a 30% entre aquellas de 20-24 años en 2000 (Flórez, 2003).



Gráfico 7
Distribución de madres adolescentes por intervalo primera unión
primer nacimiento, según zona, 1990-2000

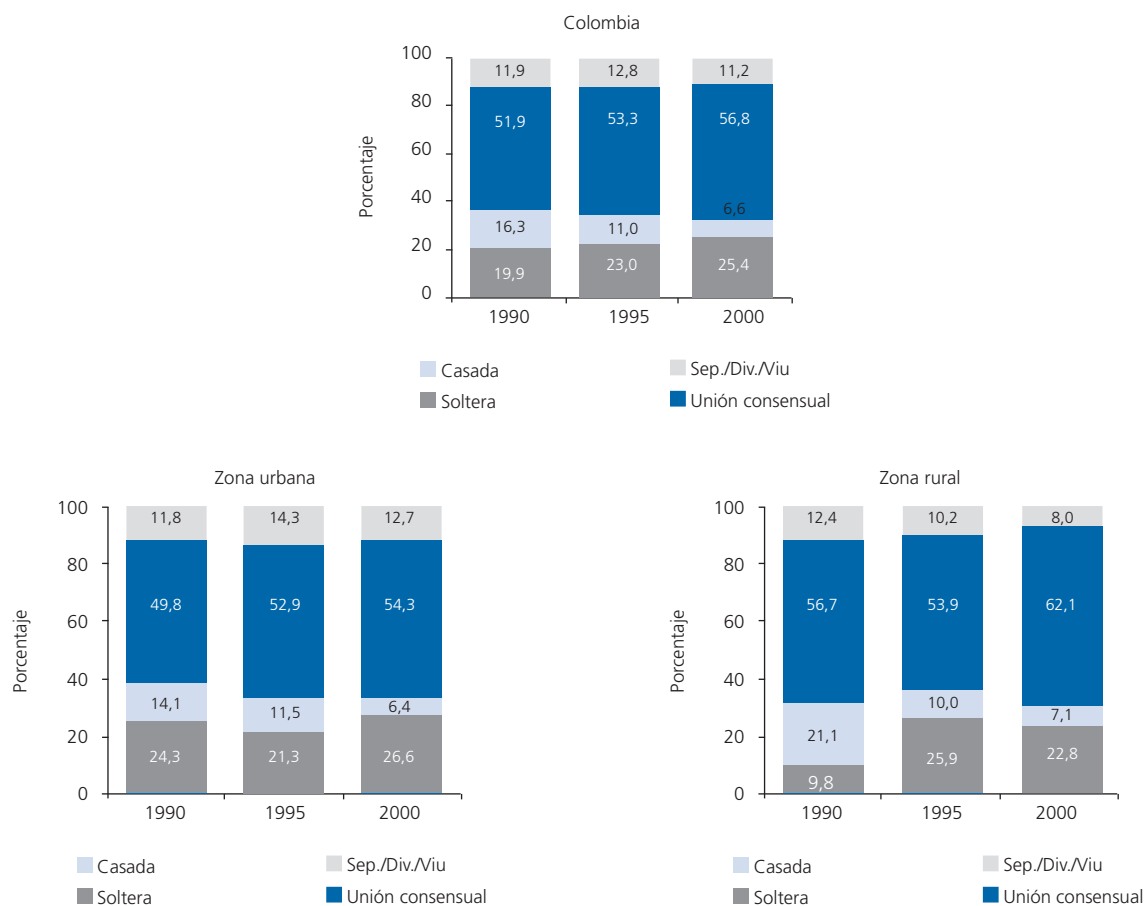


Algunas de las madres adolescentes pueden formalizar la unión después del nacimiento del hijo. En efecto, en 2000, la mitad de las mujeres madres de 20-24 años que tuvieron su hijo solteras y durante la adolescencia, conformaron una unión (legal o consensual) después del nacimiento del hijo (Flórez, 2003). Dentro de las adolescentes (15-19 años) madres en 2000, más de la cuarta parte estaban solteras. Algunas formalizarán una unión con la edad, otras permanecerán como madres solteras. Este porcentaje de madres solteras ha aumentado entre las adolescentes, especialmente

durante los últimos cinco años: de 20% en 1995, a 25% en 2000 (Gráfico 8). Igualmente, tal proporción aumenta tanto en zonas urbanas como rurales, siendo más marcado en las zonas rurales. Como se mencionó antes, las implicaciones de la maternidad adolescente son más negativas cuando esta ocurre a edades tempranas y fuera de uniones estables. En este caso, las consecuencias negativas de la maternidad temprana son dobles: de una parte, el efecto sobre los hijos de la ausencia del padre; por otra, los efectos, sobre la salud de la adolescente y de su hijo, de una maternidad a edades muy tempranas.



Gráfico 8
Distribución de adolescentes madres o embarazadas por estado marital actual y zona, 1990-2000



B. Determinantes socioeconómicos de la fecundidad adolescente

En la literatura se pueden identificar tres tipos de factores que influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad. En primer lugar, están los factores globales relacionados con las políticas y programas

gubernamentales en los sectores salud y otros sectores relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, y de los bienes de otros sectores (educación, empleo, etc.) que directa o indirectamente afectan la fecundidad. En segundo lugar, están los factores socioeconómicos y del contexto social y cultural



en el cual vive el adolescente, incluido el discurso social sobre lo que significa ser hombre y ser mujer, el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia, los hijos, etc. En tercer lugar, están los factores socioeconómicos micro, o características individuales de la adolescente y del hogar en el cual reside. A continuación se presenta lo que los estudios disponibles dicen sobre estos tres factores.

1. Factores globales

Desde 1994 se formalizó oficialmente la Ley de Educación Sexual (Ley 115 de 1994) que establece la obligatoriedad de incluir proyectos pedagógicos de educación sexual en el plan de estudios de todos los centros educativos del sector público y privado del país (MEN, 1999). En 1998, el gobierno colombiano definió los lineamientos para la política de la salud sexual y reproductiva, incorporando el derecho a una educación sexual y reproductiva desde la infancia y el derecho a servicios de salud sexual y reproductiva integral (Ministerio de Salud, 1998). Al respecto, Flórez et. al. (2004) encuentran que las charlas de educación sexual impartidas en los colegios no han tenido un impacto significativo en la probabilidad de embarazo en las adolescentes de Bogotá y Cali, poniendo en tela de juicio el papel de los programas de educación sexual impartida en los colegios desde 1993.

Vargas et. al. (2004) indican que una de las razones por las cuales la educación sexual que se ha impartido en los planteles educativos colombianos desde 1994 ha tenido un impacto muy limitado en los estudiantes, se deriva de su visión restringida de la sexualidad y del ser humano. Por otra parte, observamos que la socialización sexual sí ha sido

“efectiva” en la reproducción de estereotipos rígidos que no sólo perpetúan las jerarquías y desigualdades entre hombres y mujeres, sino que promueven otra serie de cogniciones que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. En esta medida, es plausible plantear que el reto para la educación sexual es lograr trascender las conferencias sobre anticoncepción, infecciones de transmisión sexual y aborto que se dictan en las aulas de clase, para incidir en la socialización sexual de la población.

2. Factores del contexto socio-cultural

Las características culturales, que se evidencian en el conjunto de símbolos, lenguajes, prácticas compartidas, creencias, normas, valores, estándares y significados, a través de las cuales una sociedad crea el contexto del que los individuos infieren orientaciones para vivir exitosamente, no pueden ignorarse como uno de los factores socioeconómicos determinantes de la fecundidad adolescente. Esto es evidente en la evaluación de los proyectos pedagógicos de Educación Sexual (Prada y MEN, 1997), como también en estudios de fecundidad total, y en estudios de caso cualitativos particulares para adolescentes. Así, un estudio sobre los grupos de alta fecundidad (Flórez, 1994) evidencia la importancia del contexto cultural, los valores y las percepciones sobre la familia y los hijos, en la determinación del tamaño de la familia. Igualmente, estudios sobre la sexualidad juvenil muestran la importancia del contexto sociocultural en el que se desenvuelven los jóvenes en la incidencia de las decisiones que toman frente al riesgo sexual (Mejía et. al., 2000), como también la importancia de la norma de pares percibida en la predicción tanto de la intención de tener relaciones sexuales en la



adolescencia como de la frecuencia de la actividad sexual (Vargas y Barrera, 2003).

Existe también evidencia en la literatura sobre el efecto que tienen los medios de comunicación, especialmente la televisión, sobre las actitudes de los jóvenes hacia los roles sexuales y hacia las relaciones sexuales en la adolescencia, las creencias acerca de los métodos de planificación familiar y sus expectativas de la actividad sexual (Vargas et. al., 2004; Bandura, 1986). La televisión, al igual que otros medios de comunicación, juega un papel importante como agente socializador y los modelos de comportamiento que muestra inciden fuertemente en el desarrollo de las cogniciones románticas y sexuales de los adolescentes. Estos medios satisfacen las necesidades de información de los jóvenes en etapas de su desarrollo en las que sus padres o educadores dejan de ser la fuente principal. Frente a ello, los jóvenes son altamente vulnerables, debido a que se encuentran en una época en la cual están construyendo sus roles de género, actitudes y comportamientos sexuales. Sin embargo, los padres pueden contribuir en este proceso de formación de sus hijos mediante la supervisión y la comunicación sobre los temas que ven, clarificando de esta manera las creencias alrededor de las relaciones sexuales, sus consecuencias y el significado de estas en su vida personal (Vargas et. al., 2004).

Los estudios disponibles –incluidos estudios cuantitativos y cualitativos a profundidad– sugieren que hasta ahora se ha subestimado el papel de los factores culturales y contextuales –valores, normas sociales, estructura y dinámica familiar– en la fecundidad adolescente. Factores tales como el deterioro progresivo de la institución legal del matrimonio, la aceptación social del inicio más

pronto y rápido de las uniones sexuales previa a la conformación de una unión (legal o consensual), la percepción de que la actividad sexual adolescente es común (o al menos que su prevalencia es superior a lo que realmente es), la tolerancia social cada vez mayor de las uniones consensuales (aun más marcada entre las adolescentes que entre la población adulta), podrían estar cumpliendo un papel importante en el aumento de la fecundidad adolescente y en el madresolterismo.

3. Factores individuales y del hogar

Existe evidencia del efecto importante del nivel educativo de la adolescente y de las condiciones del hogar sobre la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales y de la maternidad adolescente (Flórez y Núñez, 2002; Gaviria, 2000). El contexto y el ambiente familiar han mostrado ser factores importantes en el comportamiento sexual de las adolescentes (Vargas y Barrera, 2002; Vargas y Barrera, 2003). En general, se puede afirmar que un bajo nivel educativo de la madre, un bajo clima educativo en el hogar, el desarrollo de la adolescente en un hogar monoparental, la experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, antecedentes de abuso sexual en la adolescente, la agresión física/verbal, el nivel de violencia del hogar, el tipo de unión establecida por la madre, un bajo nivel de comunicación con la madre, y una mayor flexibilización de los padres en el control de los jóvenes incrementan, de manera significativa, la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales, al igual que la probabilidad de embarazo en las adolescentes (Flórez et. al., 2004; Schkolnik, 2003). Se ha observado que en las familias donde se encuentran ambos padres biológicos presentes, los adolescentes perciben niveles más altos de



aceptación y supervisión parental, lo cual reduce la probabilidad de asumir conductas de riesgo (como inicio de relaciones sexuales tempranas y sin protección) y, por lo tanto, la probabilidad de que se produzca un embarazo precoz (Flórez et. al., 2004). Por el contrario, adolescentes con madres separadas/divorciadas tienen mayor probabilidad de un primer embarazo tal vez por una mayor permisividad ligada a un menor número de personas encargadas de supervisar a los miembros más jóvenes de la familia (Flórez et. al., 2004).

Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres. Si bien, la madre parece ser la figura clave en este sentido, especialmente entre los varones, aunque la figura paterna del mismo sexo es preferida y las adolescentes mujeres se acercan con menor frecuencia a los padres, si se compara con las madres. Por su parte, la madre provee mensajes parciales, es decir, asume una conducta protectora, trata de que su(s) hija(s) no adopten conductas riesgosas que trae consigo la actividad sexual, por lo cual imparten modelos sexuales fundamentados en concepciones tradicionales del rol de la mujer. La madre transmite valores e impone límites. Frente a ello, el “diálogo familiar” normalmente está dirigido más hacia prohibiciones, restricción de acciones y advertencias negativas del embarazo, pero muy poca información se provee a las jóvenes, sobre su cuerpo, menstruación o sobre el proceso mismo de la reproducción (Pantelides, 2003).

Escapar de un ambiente conflictivo en el hogar, es otro de los determinantes del embarazo precoz (Pantelides, 2003). Frente a esta relación, es necesario llamar la atención sobre los altos índices de violencia intrafamiliar existentes en el país. Las

estadísticas relacionadas (DNP, BID y Uniandes, 2004) muestran que la forma de violencia predominante en las mujeres, es la psicológica (46%) y en 50% de los hogares los menores sufren este tipo de violencia, junto con otras formas físicas de ésta.

En cuanto a los factores individuales, los diferentes estudios coinciden en afirmar que el nivel educativo de la adolescente es una de las variables más importantes. Gaviria (2000) encuentra que la falta de educación es uno de los factores de mayor riesgo en la incidencia del embarazo juvenil, ya que las jóvenes que no han completado su educación primaria están más propensas a quedar en embarazo. Barrera e Higuera (2004) por su parte afirman que los años de educación no afectan la probabilidad de embarazarse, pero sí de fecundidad. En contraste, Flórez y Núñez (2002) señalan que, para América Latina, hay efectos significativos del contexto regional, el nivel educativo y la utilización de métodos anticonceptivos sobre el *timing* de fecundidad adolescente, y estos efectos son más fuertes en la tasa de nacimientos prematrimoniales en las jóvenes. Por el contrario, en estos estudios no existe evidencia de que el acceso a los métodos de planificación familiar estén afectando de manera significativa las tasas de embarazo adolescente.

C. Las cogniciones asociadas⁵

Vargas, Henao y González (2004) indican que en el proceso de socialización los jóvenes construyen las cogniciones que guían sus decisiones acerca de tener relaciones sexuales en la adolescencia, usar

⁵ Esta sección se basa en Vargas, Henao y González, 2004.



métodos de planificación familiar, unirse o casarse, embarazarse o abortar. Con base en los datos de un estudio realizado en Bogotá y Cali, Vargas et. al., (2004) estudian el proceso de socialización mediante el cual los jóvenes construyen las cogniciones que guían sus decisiones acerca de tener relaciones sexuales en la adolescencia, usar métodos de planificación familiar, unirse o casarse, embarazarse o abortar. Respecto al **inicio temprano de actividad sexual**, afirman que una de las cogniciones más relevantes es la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son naturales y normales en la adolescencia. En relación con las cogniciones sobre tener relaciones sexuales prematrimoniales, se encontró que los jóvenes tienden a valorar positivamente las relaciones sexuales antes del matrimonio y a considerarlas necesarias para asegurar el éxito de la pareja. Como lo afirman Moore y Rosenthal (1993), los padres influyen en el desarrollo de las actitudes de sus hijos hacia las relaciones sexuales, a través de sus propias actitudes, su conducta, el ambiente religioso de la familia y la información explícita que les brindan sobre los temas relacionados con la sexualidad. Desafortunadamente, los testimonios de los jóvenes indican que los mensajes de los padres sobre lo que esperan que hagan sus hijos con su vida sexual se caracterizan por la ambigüedad. Los datos mostraron que los jóvenes pocas veces saben qué opinan sus padres sobre las relaciones sexuales en la adolescencia, pero infieren que, aunque no están de acuerdo, han aceptado que “los tiempos han cambiado” y que, en ese sentido, también han llegado a aceptar que las relaciones sexuales antes del matrimonio son la norma.

Frente a la no **utilización de métodos de planificación familiar**, Vargas et. al. (2004)

muestran evidencia entre los adolescentes de: i) la percepción de invulnerabilidad; ii) el escepticismo frente a la efectividad de los métodos; iii) las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios; iv) la creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tiene confianza es un irrespeto. Las jóvenes piensan que a su edad no van a quedar embarazadas y menos la primera vez o que si los dos son vírgenes no existe posibilidad de que un embarazo ocurra; argumentan, además, que el condón no les permite sentir lo mismo (Vargas et. al., 2004). Sin embargo, no se encuentra un uso consistente de los métodos de planificación familiar en las relaciones posteriores, ya que los jóvenes presentan gran escepticismo frente a su efectividad o tienen creencias sobre los efectos secundarios que estos pueden tener. Por otro lado, tanto las adolescentes como sus parejas creen que el embarazo nunca les va a ocurrir, de ahí que no haya necesidad de cuidarse. Esta percepción de invulnerabilidad se asocia con la incapacidad de las adolescentes para pensar en términos probabilísticos y se deriva de la insistencia de los padres y de los educadores en el riesgo del embarazo. Es decir, a partir de la información que han recibido, los adolescentes más jóvenes tienden a asumir que el embarazo ocurre siempre que se tienen relaciones sexuales. Si ellos observan que sólo una minoría de sus pares, que son sexualmente activos, han tenido que enfrentar un embarazo o una infección, pueden llegar a pensar que eso sólo les ocurre a unos pocos, a aquellos que tienen relaciones sexuales más seguidas o en unas circunstancias muy particulares (por ejemplo, eso no ocurre la primera vez). Estas cogniciones cuestionan la eficacia de los programas de educación sexual en el contexto escolar, los cuales se centran en brindar una información objetiva sobre los métodos de planificación familiar, pero no



se generan espacios reflexivos donde los jóvenes puedan plantear abiertamente sus inquietudes y satisfacer sus necesidades.

El análisis de las cogniciones de los adolescentes relacionadas con **el embarazo, la maternidad y la paternidad** permite plantear que algunas favorecen las decisiones de los jóvenes acerca de la fecundidad precoz, mientras que otras pueden incentivar que este evento se posponga. Las razones por las cuales se da una maternidad precoz pueden ser varias: i) la percepción de que el embarazo en la adolescencia es una forma de ganar estatus, reconocimiento y aceptación social; ii) la creencia de que el embarazo puede constituir una opción de conformar una “verdadera familia”; iii) la convicción, en las mujeres, de que la maternidad es un elemento central de la identidad femenina y, en los hombres, de que el embarazo confirma su masculinidad, su madurez y su capacidad productiva; iv) la valoración de los hijos como fuente de autorrealización y trascendencia y de seguridad afectiva, económica y social.

Las decisiones que las jóvenes toman en lo relacionado con su vida sexual y reproductiva se asocian con la formulación y realización de su proyecto de vida, al mismo tiempo que éste influye en la fecundidad adolescente. Cuando las jóvenes no han logrado formular metas relacionadas con el éxito profesional y la incorporación al mundo laboral, las cuales aparecen como centrales en la orientación hacia el futuro, existe más riesgo de embarazo porque las adolescentes encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que existe una relación entre las condiciones socioeconómicas y el tipo de metas y aspiraciones de los jóvenes, y que las y los jóvenes que centraron su proyecto de vida en la nupcialidad, la maternidad y la paternidad pertenecen al estrato bajo (Vargas et. al., 2004). Esto puede estar asociado a que el proyecto de vida, como cognición, representa lo que la persona quiere hacer en determinados momentos de la vida y las oportunidades que visualiza en su entorno social para la realización de sus potencialidades (Vargas, 2005).



IV. Embarazo adolescente y pobreza

La literatura presenta amplia evidencia de que la maternidad a edades tempranas no es homogénea por grupos socioeconómicos sino que es más alta entre los grupos pobres (Guzmán, 2000; Ordóñez y Murad, 2000). Utilizando como variable de estratificación socioeconómica un índice de activos del hogar, permite confirmar que las adolescentes de los quintiles más bajos tienen mayor probabilidad de ser madres que las de los estratos más altos (Cuadro 24). Así, en 2000, el 40% de las adolescentes del quintil más bajo habían tenido un hijo o estado alguna vez embarazadas⁶, mientras que sólo 8% de las del estrato alto habían experimentado alguno de estos eventos. Estos diferenciales por nivel socioeconómico se han venido ampliando durante la última década. Mientras en 1990 la proporción de adolescentes madres en el quintil más pobre era casi 4 veces la observada en las adolescentes del estrato alto, en 2000 la relación es de 5 a 1 (Cuadro 24). Este comportamiento por quintil de pobreza evidencia el fuerte impacto que tiene la fecundidad adolescente en los estratos más bajos y, por lo tanto, más vulnerables. Son las jóvenes de menores recursos quienes están siendo madres a edades cada vez más tempranas. La proporción de madres antes de los 15 años es de 2% a 3% entre las niñas del estrato bajo al tiempo que es prácticamente inexistente entre las de estratos altos (Cuadro 24). Esta diferencia que parece mínima de hecho implica un patrón más joven que, junto con un mayor nivel, representa un mayor número de hijos al final del periodo reproductivo.

Un mayor tiempo de exposición al riesgo de embarazo favorece la maternidad precoz entre

las adolescentes más pobres. En 1990, la proporción de adolescentes del quintil uno que habían iniciado relaciones sexuales (32%) era el doble de la observada en el estrato alto (15%) (Cuadro 24). Aunque la proporción de adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales aumenta entre 1990 y 2000 en todos los estratos, la diferencia entre las más pobres y las más ricas disminuye. La proporción que ha iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años muestra diferenciales mucho más marcados entre estratos (10 a 1), los cuales se han mantenido a través del tiempo. Así, las adolescentes más pobres inician más rápido y en mayor intensidad su actividad sexual que las adolescentes más ricas.

La nupcialidad entre las adolescentes, al igual que el inicio de relaciones sexuales, es mucho más intensa y con un patrón más joven en los quintiles bajos que en los altos (Cuadro 24). En 1990, cerca de 29% de las adolescentes del quintil 1 ya estaban en unión, mientras que esta cifra es tan sólo 6% en las del quintil 5. La diferencia entre estos dos quintiles se incrementa entre el inicio y final de la década, al pasar de casi 5 veces en 1990 a más de 6 en 2000. Este patrón más intenso en los estratos bajos se caracteriza también por ser más joven: una mayor proporción de adolescentes pobres se unen antes de los 15 años (8%) que las del estrato alto (menos de 1%). En relación con el tipo de unión, las uniones consensuales son mucho más comunes en el estrato bajo que en el alto, situación que es mucho más marcada en 2000 que en 1990. Así,

⁶ Incluye a las adolescentes embarazadas al momento de la encuesta y aquellas que han tenido una pérdida.



Cuadro 24
Indicadores de fecundidad adolescente y sus determinantes
próximos por quintil de activos 1990-2000

Quintil	Fecundidad			Relación sexual		Unión			Planificación familiar ^{1/}			
	Madres	Alguna vez embarazadas	Madres antes de los 15 años	Relación sexual	Relac. Sexual antes de 15 años	Alguna vez unidas	Unión consensual	Unión antes de los 15 años	Usó alguna vez de método	Uso actual de método	% uso actual de método	Demanda insatisfecha %
1990												
1	20,2	30,2	3,0	32,2	12,9	28,9	17,0	8,6	12,1	4,2	77,6	11,2
2	8,6	15,1	1,9	17,2	5,3	14,5	10,6	3,4	11,1	3,8	76,6	2,6
3	11,1	15,5	0,4	22,5	5,4	13,1	9,8	3,7	11,7	6,9	67,7	2,6
4	12,2	17,9	0,7	22,9	3,8	13,6	6,2	3,4	11,9	6,8	85,8	3,2
5	4,4	7,7	0,3	15,1	1,5	5,9	2,9	1,1	8,6	4,9	72,1	0,9
Total	10,8	16,6	1,2	21,5	5,4	14,5	9,0	3,8	11,1	5,4	75,6	3,7
1995												
1	25,3	36,2	2,9	37,0	11,0	25,8	18,6	9,2	20,7	11,2	62,0	4,9
2	16,3	28,3	1,4	34,6	7,0	21,9	17,2	5,4	22,7	10,0	70,8	4,5
3	15,7	21,9	1,4	30,0	3,7	18,0	11,8	2,9	24,0	14,3	76,6	3,7
4	10,7	15,0	0,9	27,7	3,4	13,8	7,3	2,4	22,9	13,1	72,8	1,8
5	2,2	5,7	0,2	20,6	0,7	5,2	2,4	0,5	17,5	6,4	53,8	0,9
Total	13,5	20,6	1,3	29,6	4,9	16,5	11,1	3,8	21,6	11,0	69,3	3,1
2000												
1	26,8	40,0	2,1	45,2	12,7	32,8	25,1	8,6	34,1	19,9	74,3	6,9
2	20,3	32,2	2,5	41,7	10,9	23,8	18,9	7,0	35,8	18,4	58,2	2,9
3	16,6	24,6	0,6	41,2	3,3	17,6	13,1	2,2	34,5	18,1	74,6	3,8
4	7,4	12,9	0,6	39,8	2,8	9,5	5,2	1,5	33,1	17,1	70,4	1,8
5	5,2	8,3	0,0	31,1	1,6	5,3	2,3	0,2	26,9	12,7	75,5	1,2
Total	15,1	23,4	1,2	40,0	6,2	17,6	12,7	3,8	33,1	17,3	70,1	3,3

^{1/} Sobre el total de adolescentes del grupo.

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.



en 2000, la cuarta parte de las adolescentes más pobres estaban en unión consensual, mientras que la cifra es sólo 2% en las del estrato alto.

Contrario a los diferenciales en la fecundidad, inicio de relaciones sexuales y nupcialidad, el uso de métodos de planificación familiar no muestra diferencias significativas por nivel socioeconómico. No hay desigualdades importantes entre quintiles entre adolescentes que alguna vez han utilizado métodos de planificación, aquellas que los utilizaban en el momento de la encuesta, ni entre las que utilizan métodos modernos. Sin embargo, sí se observan diferenciales a favor de los estratos altos en la necesidad insatisfecha de planificación familiar⁷. Aunque estos diferenciales disminuyen entre 1990 y 2000, claramente indican una mayor necesidad insatisfecha entre las adolescentes de menor nivel socioeconómico, con sus consecuencias negativas sobre una mayor fecundidad no deseada. De hecho, como se evidenció en el Cuadro 19, de las adolescentes que han tenido un hijo, el 56% no deseaba ese embarazo (Profamilia, DHS-2000).

La información disponible claramente evidencia la relación negativa entre fecundidad adolescente y pobreza. Como lo afirman algunos estudios (Moore y Sugland, 1996; Guzmán, 2000), el embarazo precoz puede ser tanto causa como efecto de pobreza: las condiciones de pobreza favorecen el embarazo adolescente y este al mismo tiempo perpetúa las condiciones de pobreza. El entorno en el cual se desarrollan las jóvenes tiene una fuerte relación con el comportamiento de los embarazos precoces. Según la DHS-2000, los hogares donde hay adolescentes son más pobres⁸ en comparación con la totalidad de los hogares. El 25% de los hogares con adolescentes se encuentran en situación de pobreza

y 31% en miseria, frente a 21,7% en pobreza y 6,3% en miseria a nivel de todos los hogares (SISDE y Misión Social, DNP citado en López, H, 2005). Este comportamiento es todavía más acentuado en los hogares de las adolescentes más jóvenes (15-17 años) que entre las mayores (18-19 años). El 34% de los hogares del primer grupo se encuentra en miseria frente a 26% del segundo grupo (Cuadro 1.3.1.1, DHS-2000). De forma similar, de las adolescentes que han sido madres, 17,5% vivían en hogares en situación de pobreza y 22,5% en miseria (Cuadro 4.1.1.2, DHS 2000).

En relación con los hogares que establecen las adolescentes, los indicadores no son favorables. Según la DHS-2000, menos de 29% son catalogados como no pobres, frente a 44% que se considera en situación de miseria. Cuando viven con otras personas, su situación socioeconómica no mejora y se elevan los niveles de miseria. Entre aquellas que viven con el cónyuge e hijos, 49% de los hogares de las adolescentes más jóvenes se encuentran en miseria; si sólo vive con los hijos es de 41%; y si es sólo con el cónyuge, de 37%. Lo anterior, entre muchas de las posibles explicaciones, puede estar motivado por las dificultades que presentan los adolescentes para ingresar al mercado laboral, mucho más cuando son mujeres, jóvenes y madres. A escala mundial se observa que los jóvenes, especialmente en el plano laboral, son excluidos (CELADE, 2000).

⁷ Demanda insatisfecha incluye a las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo no fue deseado, mujeres fértiles que no están embarazadas ni amenorreicas que no desean más hijos, mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo sí fue deseado pero más tarde y mujeres fértiles que no están embarazadas ni amenorreicas que sí desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años (DHS, 2000).

⁸ Se utiliza NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) como el indicador de la situación socioeconómica de los hogares.



V. Consecuencias del embarazo adolescente

La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno de grandes implicaciones a nivel personal y social, más cuando ocurre a edades tempranas en la adolescencia. Desde el punto de vista individual, las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera del matrimonio. Los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, la mayor dificultad para lograr las tareas de desarrollo, las dificultades emocionales, físicas y aun financieras, son algunas de las consecuencias para la joven madre. Estas consecuencias revelan que el embarazo en la adolescencia implica un obstáculo importante para el logro de las tareas propias de esta etapa de desarrollo.

60

En general, la fecundidad alta en la adolescencia, y con mayor fuerza en la adolescencia temprana, está claramente asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura. Como Rodríguez (2003) afirma: “Aunque se trate de descendencias finales poco numerosas, si su procreación tiene lugar a una edad muy joven persiste la colisión entre reproducción y acumulación de activos educativos y laborales, amén de una carga para la cual suele haber menos preparación a dichas edades” (página 43). Aunque se ha encontrado que las mujeres ahora pueden superar con mayor facilidad las consecuencias sociales y económicas negativas de un embarazo precoz, también hay cierto

consenso en que una parte significativa de tales consecuencias se debe a las condiciones anteriores de las jóvenes a ser madres, como por ejemplo, el fracaso escolar, problemas de comportamiento, disfuncionalidad familiar y pobreza (Moore et. al., 1995 citado en Guzmán et. al., 2000).

Desde el punto de vista del niño, las consecuencias son en salud –mayores riesgos de morbilidad y mortalidad durante el periodo neonatal– por la falta de desarrollo físico y emocional de la madre. Desde el punto de vista global de la sociedad, las tasas de crecimiento de la población son mayores cuando las mujeres tienen su primer hijo antes de los veinte años, pues hay un menor tiempo de reemplazo entre generaciones. Igualmente, el tamaño de la población adolescente –10% de la población total del país tiene entre 15 y 19 años– hace que su nivel de fecundidad tenga un impacto importante sobre el crecimiento futuro de la población.

A. Consecuencias para la madre

Las consecuencias para la madre asociadas con el embarazo temprano en la adolescencia se ubican en un ámbito físico y contextual, entre las que se encuentran los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, las dificultades emocionales, físicas e incluso financieras. La evidencia indica que la fecundidad temprana no es sólo una consecuencia de los problemas socioeconómicos preexistentes (pobreza, factores culturales), sino que se constituye en una barrera de la movilidad económica y social.



1. Mortalidad y salud materna

Entre las consecuencias fisiológicas que normalmente están asociadas al embarazo adolescente se encuentran la mortalidad materna por eclampsia y hemorragia (Guzmán et. al., 2000). Lo anterior se atribuye a que el cuerpo de la adolescente no tiene el nivel de madurez necesario para albergar un niño por un espacio de nueve meses, lo cual las hace más vulnerables a estas causas de mortalidad materna. Senderowitz (en Guzmán et. al., 2000) indica que el embarazo en jóvenes de 15-19 años de edad tiene un riesgo de 20-200% de mortalidad materna, además de riesgos asociados a prematuridad, bajo peso del bebé al nacer y otras complicaciones. En Colombia, a pesar del subregistro, se ha estimado que la mortalidad materna en 1991-1995 estaba alrededor de 94 por cien mil, con grandes diferencias entre regiones⁹, y mayor en comunidades con mayores niveles de pobreza y alta fecundidad (Prada, 2001). La tasa de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes (71,9 por cien mil) que entre las mujeres de 20-24 años (59,8 por cien mil): la razón de mortalidad materna en el país, entre el periodo 1991-1995, de las jóvenes entre 15-19 años es 23% menor que el promedio de todas las edades, pero supera en 20% a las de 20-24 años (Baldión, 1999, citado en Guzmán, 2000) (Cuadro 25). El aumento observado en la fecundidad adolescente en las últimas décadas ha estado acompañado por un aumento en la proporción de

mueres maternas en la adolescencia. Mientras en 1983-1985, el 11% del total de muertes maternas ocurría entre las adolescentes, en 1991-1995 la cifra llegó a 14% (Cuadro 25). Las principales causas de mortalidad materna son la eclampsia (35%), las complicaciones del trabajo de parto (25%) y el aborto (16%) (Prada, 2001).

En cuanto a las condiciones de salud materna, la principal causa de hospitalización de las adolescentes embarazadas, según la DHS-2000, son la amenaza de aborto (73,1%), la infección (8%) y el sangrado (6,1%), y las principales complicaciones en el parto son el sangrado (34,2%) y labor prolongada (26,5%) (Profamilia, DHS-2000: Cuadro 6.1.4.2). Igualmente, las madres adolescentes son las que presentan la mayor incidencia de problemas como consecuencia del parto (sangrado intenso de la vagina, desmayo o pérdida de conciencia, fiebre, temperatura alta, etc.). En algunos casos, la incidencia de los problemas posparto es el doble que para el total de mujeres, o 3 veces mayor que para las mujeres adultas de 35 años o más. Por ejemplo, el desmayo o pérdida de conciencia es 3% para las mujeres adultas y 6% para las adolescentes; los flujos o líquidos vaginales están presentes en 23% de las adolescentes y sólo en 8% de las mujeres adultas (Profamilia, DHS-2000, Cuadro 9.10). Claramente, la falta de desarrollo del cuerpo de la adolescente la hace más vulnerable a presentar problemas de salud durante y después del parto.

⁹ Nariño y Boyacá, presentan las mayores tasas, siendo superiores a 195 por cien mil nacidos vivos.



Cuadro 25
Distribución de la mortalidad materna por rangos de edad 1983-1985
y tasas de mortalidad específicas por edad 1991-1995

Grupo de edad	Distribución por edad (%)			Tasa específica por edad (por 100 mil)
	1983-1985	1986-1990	1991-1995	1991-1995
10-14	0,2	0,4	0,6	-
15-19	11,5	12,1	14,5	71,9
20-24	22,7	21,0	20,1	59,8
25-29	21,3	21,2	21,3	80,6
30-34	18,4	19,3	18,3	116,1
35-39	16,1	17,2	17,4	222,8
40-44	8,1	7,0	6,3	253,9
45-49	1,6	1,8	1,1	317,5
50-54	0,1	0,2	0,3	-
Total	100,0	100,0	100,0	93,7

Cuadro 12, p. 27-29. Se excluyen las defunciones sin dato de edad.

Fuente: Prada (2001); DNP, DIOGS (1999) *Mortalidad Materna*, Boletín 22.

2. Deserción escolar

Además de los posibles riesgos en la salud de las adolescentes, varios estudios sugieren que la deserción escolar es también una de las consecuencias de la fecundidad entre las adolescentes, debido a que ante un embarazo las jóvenes se ven abocadas a modificar su proyecto de vida. Con el embarazo aparecen nuevas responsabilidades derivadas de su condición de madres, algunas de ellas que se encontraban estudiando tendrían que suspender sus estudios, temporal o definitivamente y, eventualmente, buscar un empleo para el sustento de su nueva familia. El abandono del sistema educativo por parte de las adolescentes tiene impactos negativos desde el punto de vista social y

económico, puesto que deprime la acumulación de capital humano, con sus efectos sobre el desempeño futuro en el mercado laboral. Sin embargo, sobre esta relación existe un gran debate, pues algunos estudios sugieren que la deserción es previa al embarazo (Rodríguez, 2005; Buvinic, 1998). En estos casos, el embarazo no es el causante de la deserción escolar, sino la falta de oportunidades sociales y económicas. Las jóvenes procedentes de familias con menores ingresos, tienen mayor probabilidad de tener un desempeño académico regular, debido a que ayudan en sus hogares en las labores domésticas, en el cuidado de sus hermanos pequeños y tienen dificultades para acceder a los materiales escolares. Estas condiciones pueden incentivar a las jóvenes para que se unan a un hombre y se embaracen, pues podría ser más



ventajoso que continuar estudiando (Bledsoe y Cohen, 1992 citado en Guzmán et. al., 2000). Por lo tanto, la situación socioeconómica de la familia o la clase social a la cual pertenecen, señala el contexto que favorece o desfavorece la fecundidad adolescente.

En el caso específico de Colombia, las cifras evidencian una relación muy fuerte entre maternidad adolescente y deserción escolar, al igual que con el nivel educativo. En 2000, solamente una de cada 25 adolescentes con hijos o embarazadas asistía a la escuela, mientras que entre las que no habían tenido hijos ni estaban embarazadas asistían al menos 3 de cada 5 (Cuadro 26). Es decir, la maternidad se asocia con una probabilidad 14 veces mayor de estar fuera del sistema educativo, aunque actualmente hay políticas y leyes que aceptan las alumnas embarazadas y facilitan que permanezcan en el aparato educativo. Estas diferencias cobran importancia, dado que a esas edades las jóvenes deben estar cursando los últimos grados de educación media y, por consiguiente, la condición de no estudiante sugiere que ni siquiera han completado el nivel secundario, que podría considerarse insuficiente para los requerimientos de los mercados laborales actuales. De hecho, el Cuadro 27 evidencia, para las cohortes 30-34 y 40-44 años, que el nivel educativo alcanzado por las mujeres es menor entre más temprano tienen su primer hijo, incluso controlando por el nivel socioeconómico. Así, en 2000, sólo 38% de las

mujeres de 30-34 años que tuvieron su primer hijo antes de los 17 años alcanzaron el nivel de secundaria, mientras que la proporción llega a 72% entre las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 20 años. Las diferencias en el nivel educativo logrado son aún mayores entre las mujeres de los estratos bajos (Cuadro 27). Igualmente, la DHS-1995 evidencia que las mujeres de 25-34 años, que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años tenían 5,1 años de escolaridad promedio; si lo tuvieron entre los 18 y 20, tenían 6,6 años; y entre los 21-29 años, tenían aproximadamente en promedio 9 años de educación. Es decir, tener un hijo en la adolescencia implica, para las mujeres que tienen en promedio 3,9 años de educación, menos que si hubiesen tenido su hijo en edad adulta. A pesar de esta fuerte relación negativa, no es evidencia suficiente para concluir que la maternidad temprana es la causa de que se trunquen las trayectorias educativas de las adolescentes. Es posible que la temprana deserción escolar sea la causa de la maternidad precoz. Sin embargo, la información disponible en las DHS no indaga sobre la fecha de la deserción para compararla con la fecha del nacimiento del primer hijo y poder determinar la secuencia de esos dos eventos. Sólo a través de historias de vida completas es posible dilucidar la causalidad de estas variables. A pesar de estas limitaciones, es indiscutible la asociación existente entre deserción, menor acumulación de capital educativo y maternidad adolescente.



Cuadro 26
Proporción de adolescentes que asisten actualmente al colegio
por condición de maternidad según zona, 2000 (%)

Condición	Total	Zona urbana	Zona rural
Con hijos o embarazada	4,3	15,2	5,3
Sin hijos ni embarazada	62,7	67,3	45,9
Total	53,0	58,5	35,3

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.

Cuadro 27
Proporción de mujeres con secundaria o más por cohorte y quintil de activos
según edad al nacimiento del primer hijo, 1990-2000 (%)

Quintil	Cohorte de 30-34 años			Cohorte de 40-44 años		
	<17 años	17-19 años	>=20 años	<17 años	17-19 años	>=20 años
1990						
1	37,6	12,6	33,3	0,0	0,0	8,0
2	19,1	35,9	53,9	14,4	6,0	20,1
3	14,0	39,7	65,5	16,5	11,6	28,8
4	45,9	64,9	76,8	23,6	31,5	49,2
5	71,9	65,8	87,4	54,6	74,3	76,9
Total	31,0	43,0	67,5	19,0	20,0	40,7
1995						
1	6,4	15,6	19,5	1,8	2,9	2,9
2	18,7	29,7	48,2	13,9	14,0	23,9
3	40,9	56,3	68,4	11,7	20,4	40,6
4	52,2	75,7	86,4	33,6	34,2	66,4
5	30,3	84,8	92,5	63,4	48,3	84,0
Total	25,8	50,2	70,0	19,9	23,9	51,0
2000						
1	13,0	10,8	30,6	5,9	10,1	16,1
2	24,5	39,2	54,1	9,9	16,5	40,7
3	57,3	51,6	72,6	22,8	35,0	59,3
4	68,4	74,4	84,7	59,6	55,6	72,8
5	59,2	84,7	93,5	40,1	69,2	81,7
Total	38,2	44,9	72,0	22,1	37,9	60,8

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.



3. Efectos sobre el empleo

Un embarazo precoz no sólo tiene incidencia negativa sobre la trayectoria educativa, también involucra requerimientos de crianza que las jóvenes deben atender y esto presiona a las madres a una inserción al mercado laboral a edades tempranas. Este hecho tiene dos efectos contrapuestos (Rodríguez Vignoli, 2003): uno que se refiere a la reclusión doméstica de las adolescentes para cuidar a sus hijos, y otro, la entrada forzada al mercado laboral para mantenerlos. En los años 60 la reclusión doméstica era el efecto predominante, ya que las jóvenes empezaban su vida nupcial a edades tempranas, en donde las uniones constituían el marco de la fecundidad precoz y perpetuaban el rol tradicional de las mujeres en el desempeño de actividades domésticas. En la actualidad, las adolescentes conforman uniones consensuales no estables, lo cual las obliga a obtener recursos económicos en el mercado laboral para la crianza. De esta forma, la maternidad adolescente está relacionada directamente, en el corto plazo, con una temprana inserción en el mercado laboral, e indirectamente, en el largo plazo, con un menor desempeño en ese mercado laboral debido a la menor acumulación de capital humano producto de la temprana deserción escolar.

Los efectos de la fecundidad adolescente sobre el comportamiento que presentan estas jóvenes en el mercado laboral no son claros (Guzmán et. al., 2000). Algunos estudios encuentran que el embarazo en la adolescencia tiene efectos negativos sobre el ingreso futuro e intensifica las desventajas socioeconómicas que afrontan las mujeres pobres¹⁰. Por otra parte, Rodríguez Vignoli (2003)

afirma que la fecundidad alta en las adolescentes puede dificultar la inserción en el mercado laboral obligándolas a insertarse en el ámbito doméstico. En contraste, otros estudiosos afirman cómo, después de sobrepasar los problemas que trae un embarazo precoz, las mujeres tienen las mismas oportunidades que aquellas que tuvieron sus hijos a edades adultas (Guzmán et. al., 2000).

En el caso colombiano, no existe evidencia del efecto de la maternidad adolescente sobre el empleo en el corto plazo. Respecto al largo plazo, las DHS sugieren el efecto de la menor acumulación de capital humano entre las que fueron madres en la adolescencia. Así, la inserción laboral de las mujeres entre 30-34 y 40-44 años de edad que fueron madres antes de los 17 años es menor que las que tuvieron su hijo después de esta edad. Por ejemplo, en 2000, el 48% de las mujeres de 40-44 años que tuvieron su hijo antes de los 17 años estaban trabajando, mientras que la proporción llega a 66% entre aquellas que tuvieron su hijo después de los 20 años. Estas diferencias pueden ser consecuencia de una mayor facilidad de las mujeres que fueron madres en la edad adulta para insertarse en el mercado laboral, debido a su mayor nivel educativo respecto a las que fueron madres en la adolescencia.

4. El tamaño de la familia

Generalmente, las tasas de crecimiento de una población son mayores cuando las mujeres tienen

¹⁰ Un estudio para Chile evidencia que una mujer proveniente de un estrato social bajo que tuvo su hijo en la adolescencia, devenga un ingreso, cinco años después del nacimiento del hijo, equivalente a la mitad del ingreso de aquellas mujeres que han tenido su hijo después de los 20 años. Este estudio, además, concluye que el embarazo en la adolescencia intensifica las desventajas socioeconómicas que afrontan las mujeres pobres (Guzmán et. al., 2000).



su primer hijo antes de los veinte años, pues hay menor tiempo de reemplazo entre generaciones. Así, la maternidad adolescente tiene también un efecto a nivel global de la sociedad. El Cuadro 28 evidencia que entre más rápido inician las mujeres su rol reproductivo, mayor es el número de hijos que tienen durante su periodo fértil, incluso controlando por nivel socioeconómico. Así, las mujeres de 30-34 años que tuvieron su hijo antes de los 17 años han tenido casi dos veces el número

de hijos (3,9) que aquellas que tuvieron su hijo después de los 20 años (2,1). Este diferencial, que se ha mantenido a lo largo del tiempo, es todavía más marcado entre las mujeres del estrato bajo. No sólo los diferenciales en fecundidad total entre estratos socioeconómicos alimentan el círculo de la pobreza y amplían las desigualdades de ingreso, sino que los diferenciales y consecuencias de la fecundidad adolescente perpetúan más esas desigualdades y el círculo de la pobreza.

Cuadro 28
Promedio de hijos nacidos vivos por cohorte y quintil de activos según edad al nacimiento del primer hijo, 1990-2000

Quintil	Cohorte de 30-34			Cohorte de 40-44		
	<17 años	17-19 años	>=20 años	<17 años	17-19 años	>=20 años
1990						
1	5,4	4,3	3,0	12,1	6,0	4,0
2	4,8	3,7	2,2	6,2	6,0	4,3
3	4,1	3,3	2,1	5,2	5,7	3,3
4	3,4	3,0	2,3	5,6	4,4	3,2
5	3,0	2,7	2,0	4,2	4,3	2,6
Total	4,4	3,4	2,3	6,6	5,4	3,4
1995						
1	5,3	4,7	3,0	8,6	6,9	4,7
2	4,7	3,5	2,6	5,6	5,2	3,6
3	3,5	3,2	2,1	5,5	4,2	3,1
4	3,1	2,7	1,9	4,6	3,6	2,9
5	2,6	2,6	1,7	4,2	3,5	2,5
Total	4,1	3,4	2,2	6,2	4,7	3,2
2000						
1	4,6	3,9	2,8	6,1	5,6	4,5
2	4,0	3,6	2,3	6,3	4,8	3,4
3	3,5	3,0	2,0	5,0	4,0	3,0
4	3,4	2,4	1,9	3,8	3,5	2,6
5	2,6	2,3	1,6	3,4	3,0	2,1
Total	3,9	3,2	2,1	5,3	4,1	2,9

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.



B. Consecuencias para el niño

Desde el punto de vista del niño, las consecuencias de una maternidad precoz son en salud –mayores riesgos de morbilidad y mortalidad durante el periodo neonatal– por la falta de desarrollo físico y emocional de la madre. En esta sección se presenta la evidencia, en términos de morbilidad y estado nutricional de los hijos de las adolescentes.

1. Mortalidad infantil

Existe consenso en la literatura sobre el tema, en que una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en niños menores de un año está determinada por causas perinatales y por condiciones preexistentes. Por lo tanto, las variables asociadas a la salud de la madre, el control prenatal, la atención en el parto por personal calificado, prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, lactancia materna y adecuada atención del bebé, la edad de la madre, la paridad y el espaciamiento entre los nacimientos, son de vital importancia. Dentro de éstas, la edad de la madre al nacer el niño es de gran importancia. Madres menores de 18 años en el momento del parto se consideran una categoría con riesgo elevado de mortalidad infantil: los niños nacidos de mujeres en este grupo de edad tienen un riesgo 2,2 veces mayor que los niños nacidos de mujeres entre 18-34 años de edad (Profamilia, DHS-2000- Cuadro 8.7).

La evidencia, tanto para Colombia como para otros países de la región, sugiere que aun cuando se controla por condiciones preexistentes tales

como variables epidemiológicas, nivel educativo, disponibilidad de agua y alcantarillado, nivel de pobreza y control prenatal, la asociación entre la edad de la madre al nacer el hijo y la mortalidad infantil es significativa (Guzmán, 2000; Prada, 2001). En cuanto a las variables perinatales, las condiciones de las madres adolescentes no parecen distar mucho de las demás mujeres (DHS-2000). El 90% de las adolescentes madres en los últimos 5 años recibieron atención prenatal frente a 91% del total de mujeres. El 87% de las adolescentes madres y del total de madres fueron atendidas en una institución de salud durante el parto, y 81% y 82%, respectivamente, fueron atendidas por un médico. Casi la totalidad de los hijos de las jóvenes (95%) recibieron lactancia materna en algún momento, cifra similar a la que se obtuvo en el total de mujeres. En relación con la vacunación de los niños, 44% de los hijos entre 12-23 meses de las adolescentes habían recibido todas las vacunas, sin embargo esta proporción es algo menor que para el total de mujeres en edad fértil (52%). A pesar de estas condiciones similares entre madres adolescentes y el total de madres, la evidencia confirma la estrecha relación negativa entre edad de la madre al nacimiento del hijo y la mortalidad infantil (Cuadro 29). Tanto para la cohorte de 30-34 años como para la de 40-44 años, la proporción de hijos muertos antes de los 5 años aumenta a medida que disminuye la edad de la madre al nacimiento del hijo. Así, entre las mujeres de 30-34 años en 2000, la proporción de hijos muertos antes de los 5 años es casi 3 veces mayor entre las mujeres que tuvieron su hijo antes de los 17 años que entre aquellas que lo tuvieron después de los 20 años (Cuadro 29).



Cuadro 29
Proporción de hijos muertos antes de los 5 años por cohorte y edad al nacimiento del primer hijo, 1990-2000 (%)

Año	Cohorte de 30-34			Cohorte de 40-44		
	<17 años	17-19 años	>=20 años	<17 años	17-19 años	>=20 años
1990	8,5	5,2	2,8	11,1	7,6	4,1
1995	5,1	5,1	3,4	9,8	6,6	4,7
2000	5,3	4,3	1,9	10,0	6,2	4,3

Fuente: Cálculos propios con base en DHS 1990, 1995, 2000.

2. Nutrición y salud

Similar a la mortalidad infantil, la literatura evidencia una relación negativa entre la edad de la madre al nacimiento del hijo y la nutrición y la salud del niño. En cuanto a nutrición, el Cuadro 30 indica que tanto el peso como la talla al nacer son menores cuanto menor sea la edad de la madre al nacimiento del hijo. Un 9% de los hijos de las adolescentes nacidos en los últimos 5 años pesaron menos de 2.500 gramos al nacer, frente a 5% del total de los nacimientos (Cuadro 30). Este patrón se reproduce dentro del grupo de adolescentes: los

hijos de las adolescentes que tenían 13-16 años al momento del nacimiento pesan menos que los hijos de las que tenían 17-19 años. En general, los hijos de las mujeres que tuvieron sus hijos antes de los 20 años pesan y miden menos que el resto de niños (Cuadro 30). Sin embargo, a medida que los niños crecen, las diferencias observadas al nacer tienden a desaparecer. Así, los indicadores de desnutrición crónica (talla para la edad), aguda (peso para la talla) y global (peso para la edad) no muestran diferencias importantes en los niños por edad de la madre al nacimiento del niño (Cuadro 30).

Cuadro 30
Distribución de niños menores de 5 años por indicadores de nutrición según edad de la madre y pobreza, 2000 (%)

Característica	Peso <2.5 Kilos	Talla < 47 cms.	Desnutrición crónica	Desnutrición aguda	Desnutrición global
Edad madre al nacimiento del hijo					
13 - 16	10,0	7,8			
17 - 19	8,7	7,7			
Total adolescentes	9,1	7,7	13,7	0,8	5,4
Edad al nacimiento < 20	6,4	5,6			
Total mujeres 15-49 años	5,1	5,5	13,5	0,8	6,7

Fuente: Profamilia, DHS -2000. Cuadro 7.5.1. Profamilia, DHS. Cuadros 9.9 y 10.7.



VI. Políticas y programas dirigidos a la sexualidad y reproducción en los adolescentes

Dadas las condiciones y las consecuencias de la fecundidad adolescente, normalmente se considera como un problema de salud pública y en particular de salud sexual y reproductiva. En este capítulo, se resumen las principales políticas sobre sexualidad y reproducción en los adolescentes, diseñadas e implementadas en diferentes países de la región latinoamericana y se plantean algunas recomendaciones de política para el país.

A. Lineamientos de política de salud sexual y reproductiva (SSR) a nivel internacional

A nivel internacional, la fecundidad adolescente se describe como un problema en términos de salud sexual y reproductiva, identificando factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales. Estos factores coinciden mucho en los identificados en los capítulos anteriores para el caso colombiano. Entre los factores biológicos se resalta que los adolescentes ahora tienen hijos a una edad menor, que el periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado, lo cual puede predisponer al aumento de las relaciones prematrimoniales, y que la utilización de métodos anticonceptivos, sigue ubicándose en niveles relativamente bajos. Entre los factores psicosociales se incluye la disfunción familiar, es decir, un mal funcionamiento familiar que puede favorecer las relaciones sexuales a más temprana edad. Muchas de las jóvenes que presentan baja autoestima, buscan por medio de la relación sexual recibir

mayor atención y cuidado; y por medio de un embarazo, aliviar la soledad y el abandono del cual son víctimas (Guzmán et. al., 2000). Igual efecto tiene un ambiente violento y un historial familiar con experiencias de embarazos precoces. Entre los factores culturales, se encuentra un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es baja o nula, lo cual hace que la adolescente sea incapaz de concebir otra alternativa diferente al embarazo. La sumisión de la mujer y la necesidad del varón de probarse como agente reproductor son roles que favorecen esta situación. Zonas de pobreza, con hacinamiento, delincuencia y alcoholismo, normalmente tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, menores recursos y posibilidades para acceder a los sistemas de salud. Además, a edades tempranas las adolescentes aún no han logrado el desarrollo cognitivo que se requiere para tomar decisiones autónomas, incluidas en el análisis las consecuencias de la iniciación temprana de las relaciones sexuales.

Estos factores de riesgo, resaltan el papel que tiene la educación formal como estrategia preventiva del embarazo precoz (Dirección Primer Nivel de Atención, 2003). La evidencia indica que la fecundidad a temprana edad y el número de hijos disminuye con el nivel educativo. La educación es un mecanismo que mejora la imagen de la mujer, le permite tener la posibilidad de acceder a mejores condiciones de vida e incrementar la capacidad para tomar sus propias decisiones. Las mujeres menos educadas están menos informadas, no tienen el



conocimiento sobre la fisiología de la reproducción o cómo controlarla y, por lo general, están menos dispuestas a buscar cuidados para la salud.

Tal y como se ha mencionado en la secciones anteriores, muchos jóvenes inician sus actividades sexuales sin haber recibido información clara acerca de sexualidad y la salud de la reproducción y sin haber desarrollado las competencias que los habilitan para tomar decisiones autónomas. Esta falta de información puede acarrear muchos problemas, ya que están expuestos no sólo a embarazos no planificados, sino a enfermedades infecciosas del tracto reproductor, así como también del Sida (Prada, 2001). Bajo esta situación, el papel que toma la educación sexual adquiere dimensiones gigantescas, y se constituye en uno de los principales mecanismos para prevenir estos problemas, debido a que les permite a los jóvenes desarrollar habilidades y adoptar herramientas para vivir su sexualidad, de una forma segura, satisfactoria y enriquecedora. Algunas estrategias para la prevención del embarazo que se han implementado a nivel internacional proponen que debe centrarse en la educación en salud sexual y reproductiva, paternidad y maternidad responsable, valores, autoestima, habilidades para la vida, etc. Sin embargo, la educación sexual en muchos colegios carece del abordaje apropiado del tema, ya que para lograr los efectos que busca debe tener en consideración tanto el componente informativo como el formativo (Vargas et. al., 2004). Estos programas, además, deben planificarse con base en un análisis sistemático y riguroso del problema, teniendo en consideración los resultados de las investigaciones que arrojan información útil sobre los factores que explican la fecundidad adolescente en cada contexto (Vargas, 2005a). Dado que la

educación sexual se inicia desde el nacimiento, como parte del proceso de socialización sexual, es importante considerar que la mayoría de los padres no cuenta con los recursos necesarios para cumplir con esta tarea de manera eficaz.

1. La experiencia de Nicaragua

Nicaragua define varias estrategias frente al problema de la fecundidad adolescente (Diagrama 1). Una primera estrategia se centra en la política de salud sexual y reproductiva, en la cual se define a los educadores como agentes multiplicadores de salud sexual y reproductiva, brindándoles talleres de capacitación sobre el género, la violencia, el abuso sexual y la autoestima (Dirección Primer Nivel de Atención, 2003). Los programas de educación sexual deberán hacer énfasis a los adolescentes en el desarrollo de la sexualidad humana, el embarazo, la reproducción y el uso adecuado y responsable de los métodos de planificación.

Una segunda estrategia es el fortalecimiento de los servicios de salud, los cuales deben estar disponibles tanto para las jóvenes que ya han iniciado su vida sexual, como para aquellas que no lo han hecho, al igual que para aquellas que ya están embarazadas. La vertiente de trabajo para el primer grupo se centra en la prevención del embarazo mediante la abstinencia o la utilización de métodos anticonceptivos, promoviendo la responsabilidad compartida. Para el segundo grupo, el trabajo debe enfatizar en la postergación del inicio de las relaciones sexuales, brindar asesoramiento que realmente resuelva las inquietudes que se presentan alrededor de la sexualidad y la reproducción. Para el tercer grupo, la principal estrategia sería prolongar



el periodo intergenésico mediante la anticoncepción posparto/posaborto y la creación y desarrollo de grupos de adolescentes embarazadas (Dirección Primer Nivel de Atención, 2003).

Una tercera estrategia es fomentar la buena relación entre los adolescentes y los padres, al igual que con la comunidad, lo cual disminuye los riesgos de los embarazos en la adolescencia. Esta estrategia es importante, debido a que los padres y familiares tienen gran influencia sobre las decisiones que toman los jóvenes. Así, se pretende fomentar los espacios que animen a los padres a que se interesen por los programas educativos y por los intereses de sus hijos (Dirección Primer Nivel de Atención, 2003).

Por otro lado, no sólo las intervenciones que favorecen el acceso a los métodos anticonceptivos hacen parte de las medidas tomadas en Nicaragua para la prevención del embarazo en la adolescencia. Las acciones que buscan desarrollar en los jóvenes sus talentos e intereses, así como sus metas a corto, mediano y largo plazo hacen parte de una

estrategia. Las actividades recreativas, como el teatro, los deportes, los servicios comunitarios y actividades religiosas entre otras, son medidas de gran valor sobre todo para los jóvenes procedentes de familias inestables o comunidades violentas (Dirección Primer Nivel de Atención, 2003).

Las campañas masivas de prevención del embarazo precoz a través de los medios de comunicación y el acceso a métodos anticonceptivos, son otros de los mecanismos utilizados. Las campañas tienen como objetivo educar a los adolescentes, involucrar a los padres y vincular a los políticos en el desarrollo de estas actividades. En cuanto a los métodos de planificación, un mayor acceso a estos facilita la disminución del riesgo de embarazo entre las adolescentes, pero deben ser ofrecidos a los jóvenes indicándoles cuál es el mejor método para su edad, y al mismo tiempo, hacerlos conscientes de que su utilización tiene dos objetivos: la prevención de la natalidad y el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas de transmisión sexual (ETS) (Dirección Primer Nivel de Atención, 2003).



Diagrama 1
Estrategias para la prevención del embarazo en las adolescentes. Nicaragua

Estrategias para la prevención de embarazo en adolescentes



Fuente. Dirección Primer Nivel de Atención, (2003).

2. La experiencia de Brasil

Contrario a Nicaragua, en Brasil no se diseñaron políticas directas para influir en la fecundidad adolescente ni en la fecundidad total (Perpetuo y Rodríguez, 2003). Sin embargo, políticas que fueron tomadas con otros objetivos lograron impactar los niveles de fecundidad en el país (Perpetuo y Rodríguez, 2003). Las políticas de crédito directo al consumidor, de telecomunicaciones, de seguridad social y de atención a la salud tuvieron un papel fundamental en la demanda por regulación de la fecundidad, ya que estas medidas lograron transformar, multiplicar y difundir nuevos valores, preferencias y normas de comportamientos relacionadas con la sexualidad y con la reproducción.

La política de crédito directo a los consumidores buscaba estimular el proceso de acumulación de activos de la población a través de la incorporación de los segmentos de la población de menores recursos. Propició la financiación de activos tales como electrodomésticos, muebles, automóviles, pero no financió los bienes y servicios que favorecen la reproducción de las familias, tales como alimentos, alquiler, transporte colectivo, educación o medicinas. Esta medida hizo que los hogares de estrato medio y bajo evaluaran el costo/beneficio de los hijos, *versus* el costo/beneficio de la adquisición de los bienes. En otras palabras, el costo de producción de los hijos aumentó (Perpetuo y Rodríguez, 2003).

La política de telecomunicación buscaba facilitar la integración nacional y el control territorial. Se propició la expansión de la televisión al producirse fuertes inversiones públicas y privadas en la materia, y dado el aumento en el crédito directo

a los consumidores, la televisión logró entrar a los hogares brasileños. Como la literatura lo indica, la televisión tiene un fuerte impacto en las cogniciones de los televidentes, por lo tanto, promovió en los hogares brasileños la concepción del ideal de familia pequeña, el culto a la juventud y a la belleza, y la separación de la actividad sexual y la reproductiva (Perpetuo y Rodríguez, 2003).

Por su parte, la política de seguridad social logró aumentar la cobertura de nuevos segmentos de la población trabajadora. Este mayor acceso favoreció la demanda por regulación de la fecundidad, debido a varios factores. La promoción e intensificación del uso de medicamentos hizo que aspectos como la sexualidad, la reproducción y el parto pasaran a ser supervisados por personal médico calificado y no por autoridades tradicionales, tales como religiosas, paterna y marital. Se acentuó en la población la importancia de los cuidados de la salud y del cuerpo, la creencia en la eficacia de los medicamentos y procedimientos quirúrgicos. De esta manera, la utilización de medicamentos legitimó el uso de la tecnología moderna de reproducción y aumentó el costo de los hijos al incorporar nuevos parámetros para su cuidado (Perpetuo y Rodríguez, 2003).

Brasil a través de estas políticas indirectas logró modificar la tendencia de la fecundidad total. No puso en marcha programas directos para disminuir los niveles de fecundidad sino que desarrolló una cultura pro natalista. La planificación familiar fue colocada en un plano de salud y derechos reproductivos. Se tomaron acciones como el Programa de Salud Materno-Infantil (1975), el Programa de Prevención del Embarazo de Alto Riesgo (1977), el Programa de Paternidad Responsable (1978), el Programa de Atención a la Mujer (1983), entre otros. Sólo



en la segunda mitad de los noventa, se aprueba la Ley sobre Planificación Familiar, que entre otras medidas legalizó la esterilización voluntaria. A pesar de estos esfuerzos, en Brasil no se ha formulado una política explícita de fecundidad ni de salud sexual y reproductiva dirigida especialmente a la población adolescente, aunque es un país que presenta tasas de fecundidad adolescente altas y crecientes.

3. La experiencia de Bolivia

Bolivia tampoco presentó una política explícita de reducción de la fecundidad. Se considera que el país tiene una gran extensión territorial y poca población, por lo cual sería contra-intuitivo pensar en disposiciones que redujeran el número de hijos (Pereira, 2003). Las medidas anticonceptivas que se tomaron se desarrollaron en un marco de política de población. A principios de los años noventa, Bolivia desarrolló programas para facilitar el acceso a servicios de salud con una mayor calidad. Para eso se implementaron “el Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna (1989-1992), Programa Nacional de Salud de la Mujer (1990), el Plan de Vida para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal (1993), entre otros. Estos programas identificaron la mortalidad materna como uno de los grandes problemas y buscaban plantear estrategias en el marco de salud reproductiva para las mujeres en edad fértil.

En 1999 se puso en marcha el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que tenía como objetivo primordial mejorar el estado de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, hombres y mujeres, así como el nivel de servicios prestados. El objetivo era ampliar los servicios de control pre y postnatal, atención al parto, acceso a información

y métodos anticonceptivos, detección temprana y tratamiento del cáncer cérvico-uterino y mamario, lactancia materna, educación sexual, nutrición y prevención de anemias nutricionales. No obstante, la política actual presenta deficiencias, pues parece estar muy alejada de la meta propuesta para el año 2014, la cual señala que “todas las personas en edad apropiada deberían tener acceso a servicios de salud reproductiva de calidad” (Pereira, 2003). Para atenuar las diferencias en fecundidad entre zonas urbanas y rurales, entre las acciones ejercidas por los últimos gobiernos se encuentra la “Nueva Política de Salud”, la cual tiene como objetivos principales la atención gratuita e integral en todas las patologías de las mujeres embarazadas y niños menores de cinco años. Para cumplir estos objetivos, entre los principales programas se distinguen el “Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)” y la implementación de un “Nuevo Modelo Sanitario”. El SUMI tiene un carácter universal, integral y gratuito, y se encuentra adscrito al Sistema Nacional de Salud y al Sistema de Seguridad Social, prestando atención a mujeres embarazadas desde el inicio de su gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, y a los niños y niñas hasta los 5 años de edad. El segundo programa modifica la estructura del sistema público a través de la creación de Redes de Servicios Sociales de Salud conformadas por establecimientos de salud de primero, segundo y tercer nivel.

4. La experiencia de Uruguay

Uruguay ha elaborado programas dirigidos a los adolescentes, dado el incremento de la fecundidad entre las adolescentes uruguayas y la práctica del aborto clandestino como medida extrema de control natal. Estos fenómenos se visualizan como



un problema social creciente y como reproductor de la pobreza. Para ello se han desarrollado programas que brindan a las mujeres en edad fértil diferentes métodos anticonceptivos, pero al mismo tiempo incentiva a cuidar y conocer el cuerpo, establecer relaciones sexuales en un contexto igualitario y de respeto, así como determinar las condiciones para tener hijos, y el espaciamento de los embarazos. Específicamente para los adolescentes, se creó el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM), cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de las madres adolescentes, captando a las jóvenes desde la etapa de puerperio; brindando información y servicios de anticoncepción a la adolescente y a su pareja para prevenir el siguiente embarazo; y estimulando en estos jóvenes otras posibilidades diferentes a la maternidad, que les permitan configurar proyectos de vida con otros objetivos (Varela, 2003).

En cuanto a políticas generales sobre la fecundidad total, el Ministerio de Salud de Uruguay implementó el programa de Maternidad y Paternidad Elegida, dirigido principalmente a las mujeres en extrema pobreza. Este programa se desarrolló en cuatro áreas: i) área asistencial –prioritaria en el desarrollo del programa–, en la cual se brindaba información y se entregaban anticonceptivos; ii) área de promoción de salud reproductiva, en la cual se sensibilizaba a las mujeres en edad fértil (15-49 años) sobre el cuidado de su cuerpo y el ejercicio de una sexualidad libre y responsable; iii) área normativa, mediante la cual se conformó un grupo de académicos, gobierno y mujeres pertenecientes a ONG para elaborar una propuesta para regular la salud reproductiva; y iv) área educativa, en la cual se desarrolla una estrategia a nivel de la comunidad, en jornadas que reconocieran ampliamente el valor de la comunicación, afectividad

y sexualidad. Se desarrollaron otros programas como Mujer-Niñez-Salud Integral de la Mujer, Programa de Atención Integral a la Mujer y el Programa Adolescencia, Infancia y Familia en Riesgo, bajo esquemas similares.

5. La experiencia de Venezuela¹¹

Venezuela por su parte, bajo el programa de Salud Sexual y Reproductiva, diseñó un Modelo de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva dirigido a los y las adolescentes. El programa resalta aspectos como información, comunicación y educación, relacionados con el ejercicio saludable de la vida sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, al igual que factores de riesgo y de protección de ETS-VIH/Sida, violencia y abuso sexual. Las medidas desarrolladas en este modelo se aplican por grupos. Para los jóvenes que han iniciado actividad sexual, las acciones están dirigidas a la orientación y al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. En relación con las jóvenes embarazadas, se les facilita el acceso a los servicios de salud, la orientación tanto a la joven como a su pareja en el rol de padres, enfatizando el cuidado del hijo. Se busca prestar estos servicios oportunamente y que sean de alta calidad, garantizando la confiabilidad, el respeto, el libre consentimiento y sin discriminación alguna.

Para prevenir los embarazos sucesivos, se implementan estrategias que incentiven a las jóvenes en la construcción de proyectos de vida amplios, donde el único objetivo no sea la maternidad. Para

¹¹ La experiencia venezolana en materia de salud sexual y reproductiva en los adolescentes fue tomada del manual de procedimientos elaborado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de ese país. http://www.msds.ve/msds/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=102atencion_salud



ello los programas deben favorecer el desarrollo tanto de habilidades para la vida, como del análisis crítico de calidad de vida, el autocuidado y el acceso a métodos de planificación familiar. Igualmente, las acciones educativas sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, así como la información y el asesoramiento sobre métodos de planificación familiar se distinguen como una de las principales herramientas en este modelo.

6. La experiencia de Costa Rica

Las estrategias para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, especialmente en comunidades urbanas pobres, se desarrollan bajo el supuesto de que la situación de pobreza aumenta el riesgo de embarazo precoz, como resultado de las situaciones psicológicas, socioafectivas y económicas que caracterizan a los jóvenes de estratos bajos (Núñez y Rojas, 1999). De esta manera, las acciones adelantadas para la prevención del embarazo en las adolescentes vinculan a las familias de los jóvenes. Esta vinculación radica no sólo en que el entorno familiar tiene un impacto significativo en el comportamiento de los adolescentes, sino que también los padres, al estar desinformados y no estar capacitados para abordar la sexualidad de sus hijos, pueden reaccionar de forma negativa ante el desarrollo de programas de educación sexual, pues temen que sus hijos se animen a iniciar actividad sexual ante la información que se les ofrece del tema. Por eso, una de las formas de capacitarlos, es informándoles sobre la efectividad de los programas de educación sexual en el desarrollo saludable de la sexualidad en los adolescentes (Núñez y Rojas, 1999). Adicionalmente, la vinculación de los docentes, a través de su participación en talleres sobre género, violencia y abuso sexual, les

permite a los educadores convertirse en agentes multiplicadores entre los mismos docentes y miembros de la comunidad (Núñez y Rojas, 1999).

Dentro de estas estrategias preventivas de los embarazos precoces se distinguen programas que emplean a adolescentes para que trabajen directamente con jóvenes. A través de la estrategia de experiencia práctica, los jóvenes participan en el diseño y elaboración de materiales, se capacitan y a su vez educan a otros jóvenes en diferentes temas que favorezcan el desarrollo de una sexualidad saludable. De esta manera, los adolescentes no sólo son receptores, también participan como gestores de las medidas en materia de salud reproductiva (Núñez y Rojas, 1999).

En relación con los servicios de salud, estos deben ser líderes en la prevención y atención de embarazos a adolescentes. Ofrecen servicios de alta calidad y especializados y promueven el control prenatal en los jóvenes al iniciar su periodo reproductivo. Los profesionales deben estar capacitados en la atención y el manejo de la población, en especial de las jóvenes embarazadas (Núñez y Rojas, 1999).

No obstante, en términos metodológicos, dentro de las herramientas utilizadas para la reducción de la fecundidad adolescente por el gobierno de Costa Rica, la información relacionada cumple un doble papel: informativo y formativo. Por lo tanto, la información debe llenar el vacío de conocimiento pero, al mismo tiempo, debe desarrollar actitudes entre los adolescentes. De igual manera, los servicios de salud deben ser accesibles y tener en cuenta el contexto cultural donde se implementan, pues se reconoce la presencia de barreras culturales (Núñez y Rojas, 1999).



7. La experiencia de Perú

Perú, por su parte, reconoce en los lineamientos de Política de Salud para los Adolescentes que los riesgos a los que se encuentra expuesto este grupo etario son la violencia sexual, familiar y social, las disfunciones psicológicas, los problemas de salud mental, las adicciones, las infecciones de transmisión sexual y Sida, malnutrición, los embarazos no deseados en los adolescentes, los abortos, la mortalidad de madres adolescentes, la muerte infantil de madres adolescentes, entre otras (Ministerio de Salud, 1990). De esta manera, los lineamientos de política señalan que las medidas que se apliquen deben responder a las necesidades, intereses y demandas propias de los adolescentes; además, debe vincular a los oferentes de servicios de salud, representantes comunitarios, instituciones y profesionales especializados en esta área.

La política de reducción de la fecundidad adolescente se encuentra inmersa en la Política de Salud de este segmento de la población. Por lo cual la misión y los principios básicos de esta política son generales y no específicos a éste fenómeno: “El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal y social de las y los adolescentes, promoviendo espacios y estilos de vida saludable y garantizando la atención integral de salud, promoviendo y conduciendo políticas, programas y procesos” (Ministerio de Salud, 1990).

Dentro de los lineamientos que sigue esta política, señala que la alianza y coordinación intersectorial es de vital importancia para la prevención y cuidado de la salud de los adolescentes. De esta manera, las medidas directamente asociadas a

la salud sexual y reproductiva de los jóvenes se encuentran estrechamente ligadas al sector educativo, el cual debe “apoyar el fortalecimiento Nacional de Educación Sexual y Habilidades para la Vida e implementar Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad en las escuelas, con participación de toda la comunidad educativa y el protagonismo de adolescentes” (Ministerio de Salud, 1990).

La principal estrategia que desarrolla el gobierno peruano para la reducción de los embarazos no deseados, la mortalidad materna e infantil y el número de abortos en los adolescentes, consiste en abordar estos fenómenos a partir del sector educativo. Dentro de esta estrategia, la metodología implementada consiste en incluir los temas de salud familiar y sexual en los programas escolares que se implementan en los centros educativos, y capacitar a los maestros en el abordaje de estos temas, quienes a su vez desarrollan modelos metodológicos principalmente participativos (Ministerio de Salud, 1990). Además, como medida de implementación de esta estrategia educativa, el gobierno peruano incluye en algunos módulos de programas de capacitación de diferente índole, aspectos básicos relacionados con salud sexual y reproductiva. Tal es el caso del programa de Capacitación Laboral Juvenil (Projoven), que en su etapa de formación técnica desarrolla módulos de educación y capacitación que enfatizan en el autocuidado de la salud sexual y reproductiva (www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_peru.htm).

8. La experiencia de El Salvador

El Salvador coloca a los adolescentes como uno de los agentes prioritarios para atender dentro



de la Política de Salud Sexual y Reproductiva. De esta manera, el gobierno salvadoreño a través de la Agencia Integral en Salud de Adolescentes¹², adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece como una de sus principales estrategias para la atención de la problemática de fecundidad adolescente: satisfacer las necesidades informativas y de servicios de los adolescentes, de forma más humana e integral (Centeno y Cáceres, 2005).

Esta estrategia se basa en dos componentes. El primero se refiere a la capacitación del personal profesional que presta los servicios de atención prenatal, parto, posparto y posaborto a las adolescentes embarazadas. El segundo se enfoca en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual mediante la participación de los centros de nivel primario de salud y actividades con participación comunitaria. En este último, las actividades específicamente desarrolladas se refieren a reclutamiento y capacitación de promotores juveniles de salud, quienes son adolescentes educadores dirigiendo talleres modulares y educación interpersonal a otros adolescentes (Centeno y Cáceres, 2005).

Este modelo ha tenido un desempeño exitoso, ya que dentro de sus logros se encuentra la identificación de las necesidades de los adolescentes, definición de rutas de atención, diseño y elaboración de material educativo en temas relacionados, disminución de los prejuicios y censuras para algunos comportamientos de los jóvenes, capacitación en promotores de salud de adolescentes líderes y mayor demanda de los servicios de salud por adolescente, como resultado de las recomendaciones que realizan los promotores juveniles de salud. Adicionalmente,

El Salvador también ha vinculado dentro de sus currículos escolares las asignaturas de educación sexual y de población, en los centros educativos formales.

9. La experiencia de México

El Programa de Salud Sexual Reproductiva y Planificación Familiar en México tiene como principal objetivo: “proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de los/las adolescentes a la información, educación, comunicación y servicios de salud con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo asumir su sexualidad de manera autónoma, consciente y sin riesgos, e incrementar la autoestima, debiendo salvaguardarse la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento informado, con el objetivo específico de promover estilos de vida sana, prevenir embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual” (Boletín trimestral de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, 1997).

México, desde la década de los setenta implementa programas de educación sexual con el fin de reducir las tasas de fecundidad (Medina, 1997). La educación sexual se imparte en los grados 5° de primaria hasta 2° de secundaria, y se refiere principalmente a cambios biológicos que se presentan en la pubertad, los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual.

¹² Esta entidad dirige el programa Salvadoreños Saludables (SALSA), en el cual se incluye el Plan de Acción: Salud Reproductiva MSPAS que plantea como estrategia el mejoramiento de la calidez y calidad de la atención a los adolescentes (Centeno y Cáceres, 2005).



De esta manera, el gobierno mexicano ha centrado la mayor parte de sus esfuerzos en el sector educativo, para disminuir los índices de fecundidad adolescente. Los esfuerzos en materia de educación sexual se han cristalizado en un mejoramiento y la extensión de los temas de educación sexual que son impartidos a través de textos, que se entregan de manera gratuita, se desarrollan cursos breves y talleres de educación para la vida en centros educativos a nivel de secundaria. Sin embargo, el alcance de los objetivos de estas medidas se ha visto limitado por la poca capacitación de los maestros en la dirección de estos talleres (<http://www.jornada.unam.mx/1998/05/07/ls-texto4.html>).

Adicionalmente, el gobierno mexicano ha buscado sensibilizar a la población, difundiendo información a través de los medios de comunicación, para que los jóvenes pospongan la maternidad y prevengan las enfermedades de transmisión sexual. También se han incorporado, a los programas de los centros de salud, temas de planificación familiar y salud reproductiva. En estos centros se vincula a estos programas a las adolescentes que acuden a los centros de salud por atención prenatal, por partos o por abortos incompletos. Sin embargo, la experiencia mexicana ha mostrado que estas medidas requieren de capacitación del personal de salud en la atención a este grupo poblacional, debido a que de forma contraria limita el alcance de la medida (<http://www.jornada.unam.mx/1998/05/07/ls-texto4.html>).

B. Lineamientos de la política de SSR a nivel nacional

A continuación se presentan los lineamientos generales de la política nacional de SSR, describiendo en detalle

cuáles son las estrategias diseñadas especialmente para los adolescentes, al igual que los actores que participan en la implementación de estas.

1. Antecedentes de política

Desde los años 60 y siguiendo la tendencia de políticas mundiales de población a favor de la prevención de explosiones demográficas, Colombia adelantó algunas actividades de control natal y –diez años después– reglamenta e incluye dentro de los servicios que presta el sector salud, el componente de SSR a partir del Programa de Atención Materno Infantil. Uno de los componentes de este programa era promover la paternidad responsable, componente que adelantaba específicamente actividades de planificación familiar (Echeverry, 1991). Dentro de este marco, el acceso de la población a los métodos de control de la natalidad se ha incentivado fuertemente. Los esfuerzos adelantados en planificación familiar no nacen únicamente de la iniciativa pública sino que existe una amplia vinculación de las entidades privadas al desarrollo de programas en esta materia. Hay una fuerte vinculación interinstitucional, en donde el sector público aporta en mayor medida la infraestructura para abordar este tema, dado que ninguna institución privada la tiene. Por su parte, las ONG aportan la amplia experiencia en el desarrollo de estos programas. Esta interacción entre lo público y lo privado ha favorecido la ampliación de la cobertura de la población, en zonas rurales y urbanas (Echeverry, 1991). Entre las organizaciones no gubernamentales sobresale el papel de Profamilia (Fundación de la Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana). Esta organización es una de las instituciones privadas y sin ánimo de lucro que apoyan significativamente



los objetivos propuestos en materia de planificación familiar. Provee de planificación familiar al país en gran medida¹³, pues desde 1965, Profamilia creó la primera clínica de planificación¹⁴, realiza actividades de promoción radial, distribución de anticonceptivos, en 1985 creó la Clínica de los Hombres¹⁵, entre otras actividades.

Junto con las actividades generales en materia de planificación familiar, se encuentra la educación sexual, como una de las principales herramientas para la prevención de la fecundidad en las adolescentes y los riesgos de mortalidad materna e infantil. En la década de los 70, el Ministerio de Educación incorpora la asignatura de Comportamiento y Salud a los programas académicos, en los niveles superiores de básica secundaria, en la cual se abordan temas como el noviazgo y los valores, y se amplían los contenidos de la fisiología del sistema reproductor (www.ops-oms.org). En 1992, se obliga a los colegios y escuelas para que elaboren planes educativos en materia de SSR para todos los estudiantes de bachillerato, mediante la creación del Plan Nacional para la Educación Sexual. Este plan no sólo incluye educación de los adolescentes en materia de SSR, sino que brinda capacitación a los docentes para implementarlo adecuadamente.

Más tarde, mediante la Ley 60 y la Ley 100 de 1993, que definen el Sistema General de Seguridad Social (SGSS), se señala que el SGSSS debe garantizar el acceso a los servicios de promoción y desarrollo de la SSR y prevención de ETS, tanto para hombres como para mujeres, a lo largo de su ciclo de vida (www.ops-oms.org). Específicamente la Ley 100, dentro del Plan de atención básica, plantea formalmente la consejería en planificación familiar como uno de los servicios básicos para los usuarios en edad reproductiva. Esta

reglamentación busca que los profesionales oferentes de los servicios de salud no sólo promuevan e informen sobre métodos de planificación familiar, sino que integren entre sus actividades la consejería en esta materia, lo que garantiza a los usuarios el acceso a servicios de buena calidad (<http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/consejer.html>). Sin embargo, los jóvenes y adolescentes señalan que los servicios que les prestan no son adecuados para ellos, se quejan de la atención por parte del personal y de la información que se les ofrece (Flórez et. al., 2004; Profamilia, DHS 2000b).

La Ley General de Educación (Ley 115 de 1994) señala específicamente en uno de sus objetivos, para cumplirse en cualquier nivel educativo, el “desarrollar una sana sexualidad y promover el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto de la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable” (Art. 23 literal e). Sin embargo, esta ley no ha logrado tener un impacto significativo en el comportamiento reproductivo de los adolescentes en los últimos años. Uno de los grandes problemas que se observa en la educación sexual impartida desde 1994 en los colegios, es que en la mayoría de temas que se desarrollan, exaltan el componente genital de la sexualidad, y se deja de lado otras dimensiones, tales como la afectiva, la comunicativa y la social. Los temas que se abordan son principalmente los órganos sexuales, las infecciones de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, el embarazo y el aborto. Además, la metodología empleada para el desarrollo de las clases se caracteriza por ser descriptiva y no reflexiva,

¹³ Profamilia, en 1991 proveía 65% de la planificación familiar en el país, un 20% lo aportaba el Ministerio de Salud; y el resto, otras instituciones (Gonzalo, 1991).

¹⁴ www.profamilia.org.co

¹⁵ Esta clínica presta servicios de consultoría y médicos para el sexo masculino (Gonzalo, 1991).



debido a que los profesores o conferencistas expertos invitados por las instituciones exponen los temas de forma magistral, lo cual en muchas ocasiones no propicia el espacio para la participación y discusión de estos temas (Vargas et. al., 2004). En general, lo que se observa es que la educación sexual se ha limitado a acciones aisladas que pocas veces cumplen con los requerimientos mínimos para recibir la denominación de programa: un conjunto estructurado y organizado de acciones y recursos, especificado de forma rigurosa para alcanzar unos objetivos definidos previamente, que es implantado sistemáticamente en un periodo de tiempo determinado y en un contexto específico (Vargas, 2005 a).

2. Generalidades de la política actual de SSR

El diseño de la política nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) propuesta para el periodo 2000-2006 sigue los lineamientos señalados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), los cuales se basan principalmente en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos (Ministerio de la Protección Social, 2000). Esta política describe al Estado como la institución garante de que los individuos alcancen su nivel más alto de salud reproductiva. Respaldada en la Constitución Nacional, define la atención en salud y seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, servicios que se fundamentan en la eficiencia, universalidad y solidaridad (Ministerio de la Protección Social, 2000).

El objetivo general de la política de SSR es “mejorar la salud sexual y reproductiva, y promover el ejercicio de los derechos de salud reproductiva, haciendo énfasis

en la reducción de los factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo, el estímulo de factores protectores y la atención a grupos satisfaciendo sus necesidades específicas”. Define como SSR “La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos” (Ministerio de la Protección Social, 2000).

El gobierno colombiano señala que las acciones y las metas de esta política deben estar dirigidas a la reducción de las altas tasas de mortalidad materna por causas que pueden ser evitables, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/Sida, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de la tasa de embarazos no deseados, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino, demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar y los altos índices de violencia doméstica y sexual que limitan el desarrollo de las víctimas y limita la convivencia social. Dada esta situación, la política de SSR asume como principios orientadores los derechos sexuales y reproductivos, la equidad social y de género, la cualificación de la demanda, la intervención focalizada y la prestación de los servicios de salud bajo criterios de calidad (Ministerio de la Protección Social, 2000).

3. Política actual de SSR dirigida a adolescentes

El gobierno define a la población adolescente como un grupo poblacional vulnerable. Esto



se deriva del aumento significativo que se ha presentado en el país en la proporción de madres adolescentes menores de 20 años y en la iniciación cada vez más temprana de la actividad sexual. Este comportamiento tiene consecuencias negativas para el desarrollo personal y social de las jóvenes, reduce las oportunidades de educación, afectando la calidad del empleo al que pueden finalmente acceder, aumenta la razón de dependencia en el hogar, entre otras consecuencias negativas que puede llegar a “perpetuar el círculo de la pobreza” (Ministerio de la Protección Social, 2000). Según el gobierno, el factor que está más relacionado con este fenómeno es el bajo nivel de escolaridad, le sigue el lugar de residencia y el desplazamiento. Además, sostiene que los programas de promoción y prevención y los servicios destinados a la atención de los adolescentes no tienen en cuenta las especificidades de este grupo poblacional.

82

Bajo este panorama, el objetivo y la meta que desea alcanzar la política de SSR en este segmento de la población, es reducir el embarazo en las adolescentes en un 26%¹⁶ (Ministerio de la Protección Social, 2000). Para lograr esta meta, el Gobierno ha diseñado unas líneas de acción específicas para este grupo etario, las cuales se presentan a continuación.

4. Líneas de acción propuestas por la política actual en SSR dirigidas a adolescentes

Para alcanzar la meta de SSR en los(as) jóvenes colombianos, el Gobierno Nacional ha propuesto las siguientes líneas de acción para lograr que los adolescentes vivan el libre desarrollo de su sexualidad de manera saludable (Ministerio de la Protección Social, 2000):

- *La promoción de la salud sexual y reproductiva mediante estrategias de intervención* que involucren no sólo al adolescente, sino a los padres de familia, pares, docentes, organizaciones juveniles, etc. Estas estrategias deben desarrollarse en áreas que promuevan el autocuidado en los jóvenes, tanto para el riesgo de un embarazo como para la prevención de alguna ETS. Deben favorecer la demanda adecuada, y concertada con la pareja, de métodos anticonceptivos, incentivar la iniciación de la actividad sexual a edades mayores, promover en los jóvenes la configuración de planes de vida en donde la maternidad precoz no esté asociada a un mejoramiento en la calidad de vida o al reconocimiento social o afectivo, y promover el rechazo de la violencia sexual y doméstica como modelo afectivo. Estas actividades buscan involucrar a los adolescentes como receptores y como formuladores de las acciones dirigidas hacia ellos mismos.
- *Coordinación intersectorial e interinstitucional.* Bajo esta línea de acción se promueve la formación de alianzas estratégicas, que involucren desde la familia hasta la comunidad e instituciones, para que formulen, diseñen y evalúen proyectos asociados al tema, en contextos de educación formal y no formal. En detalle propone: i) la formulación de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y que sus diseños estén acordes con las necesidades de este segmento de la población; ii) la revisión de los contenidos de los libros de educación sexual, asegurándose que estos sean claros, objetivos

¹⁶ Lo cual equivale a reducir en cinco puntos porcentuales los niveles de fecundidad de este grupo etario, pasando de 19% a 14% entre el 2000 y 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2000).



- y estén libres de perspectivas moralistas; iii) la implementación de proyectos de educación sexual en las escuelas y colegios que tengan en cuenta la necesidades de los adolescentes; iv) la participación activa de los padres de familia y los adolescentes en la formulación de estos proyectos, al igual que de su monitoreo; v) la capacitación de los miembros del cuerpo docente en temas de SSR y la prevención de la violencia doméstica; vi) la obtención y provisión de asistencia psicológica a las jóvenes víctimas de violencia doméstica o sexual y la generación de proyectos que hagan partícipe a la comunidad en materia de SSR.
- *El fortalecimiento de la gestión institucional.* Los servicios de SSR deben estar orientados específicamente a este segmento de la población y deben caracterizarse por su operatividad y eficacia. Las personas que los presten deben estar especialmente capacitadas para ello. Además, deben permitir canalizar a los adolescentes hacia programas dirigidos a ellos a través de otros servicios de salud y deben adelantarse acciones dirigidas a fortalecer la evaluación de estos servicios para asegurar que son oportunos. Los servicios de planificación familiar, por su parte, deben distinguirse por facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos y deben contar con los métodos de emergencia para suministrarlos cuando sean solicitados.
 - *El fortalecimiento de la participación de los adolescentes.* Las estrategias deben permitir a los adolescentes u organizaciones a las que pertenezcan el fácil acceso a los servicios provistos por las EPS y ARS, asegurar el cumplimiento de las normas del POS para adolescentes y promover el autocuidado en los jóvenes.
 - *Potencialización de redes sociales de apoyo,* no sólo a nivel local, sino comunal. Se trata de vincular a los planteles educativos y utilizar los medios de comunicación, para que finalmente la población se sensibilice de lo que significa el fenómeno de la maternidad precoz, las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, y el inicio de las relaciones sexuales.
 - *El desarrollo de investigaciones* que arrojen datos a nivel cualitativo y cuantitativo para determinar las tendencias de la fecundidad precoz. Si los servicios ofrecidos suplen las necesidades de los adolescentes, identificar las posibles redes de apoyo para ellos; determinar cuáles medidas hay que adoptar para incentivar la participación de los jóvenes en comités de salud y qué medidas pueden modificar la percepción de los jóvenes frente a las acciones adelantadas en materia de SSR.

Esta política vincula, para su implementación y difusión, instituciones estatales y no gubernamentales, tales como las entidades territoriales, EPS, ARS, agencias de cooperación internacional, sociedades científicas y organizaciones de la comunidad¹⁷. Operativamente, los entes territoriales deben promover proyectos de promoción de SSR de los adolescentes, mediante estrategias de

¹⁷ Para desarrollar los lineamientos de la política de salud sexual y reproductiva vincula los siguientes organismos como ejecutores de dicha política: Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Direcciones Locales de Salud, Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicio, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Superintendencia Nacional de Salud, Agencias de Cooperación Internacional, Organizaciones no Gubernamentales, Avocaciones científicas, Ministerio de Educación, Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, universidades formadoras de recurso en Salud, Ministerio de Comunicaciones, medios masivos de comunicación, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Policía Nacional y Fiscalía General de la Nación.



información, educación, movilización social, y en coordinación con el sector educativo y otros sectores relacionados, además de suministrar de métodos de anticoncepción a adolescentes no cubiertos por el SGSS, provenientes de poblaciones en condición de desplazamiento o de zonas marginales. Los entes territoriales también deben promover en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud la atención integral a los adolescentes, y evaluar la percepción que tienen sobre las acciones y servicios de SSR dirigidos a ellos(as) (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Específicamente, el Gobierno ha establecido un convenio con el FNUAP para desarrollar proyectos de promoción y prevención en SSR, en Huila, Atlántico, Antioquia, Bolívar, Valle y Risaralda. También desarrolla un modelo para el fortalecimiento de la capacidad de gestión de la política, en donde se diseñan, validan, difunden y aplican metodologías e instrumentos de diagnóstico y evaluación de las metas establecidas en la política, y apoya financieramente a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Ministerio de la Protección Social, 2004). Además, el Ministerio de la Protección Social junto con instituciones no gubernamentales nacionales e internacionales, desarrolla campañas para la reducción del embarazo adolescente, a través de comerciales de TV y radio, material promocional de derechos sexuales y reproductivos, página Web y líneas de información gratuita. Por ejemplo, la gobernación de Cundinamarca ha diseñado la campaña "Sexo con Sexo", la cual va dirigida a jóvenes de 12 a 25 años, quienes de forma voluntaria participan en talleres de capacitación y sensibilización. Mediante este programa se constituyen grupos de trabajo con funcionarios de instituciones locales, con el fin de apoyar proyectos

relacionados con la educación en población, la salud sexual y reproductiva y la educación sexual (Ministerio de la Protección Social, 2004).

5. Estrategias seguidas por las Organizaciones no Gubernamentales (ONG)

Además de la política y acciones del Gobierno, existen ONG que adelantan acciones en temas de planificación familiar, tales como Profamilia, Oriéntame-Unidad de Orientación y Asistencia Materna, Fundación Antonio Restrepo Barco, Cemujer, las cuales apoyan los esfuerzos realizados por el Gobierno en materia de planificación familiar y promoción de SSR entre las personas en edad reproductiva y adolescentes.

Específicamente para los adolescentes, Profamilia desarrolló el programa de Profamilia Joven, que busca promover y defender los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes, a través de la estrategia *advocacy*. Para lograr este objetivo ha implementado programas, entre los cuales se encuentran:

- Programa jóvenes multiplicadores y multiplicadores comunitarios, en donde busca capacitar a los jóvenes y a la comunidad en temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, formando redes sociales que vinculen también a la población no escolarizada.
- Programas que vinculan a la población desvinculada del conflicto armado.
- Masificación del uso de métodos anticonceptivos.
- Programas de atención a padres y madres de adolescentes, donde se ofrece apoyo, asesoría y servicios médicos a la joven pareja.



Así mismo, esta institución desarrolla sus actividades enfatizando que la atención y los programas para los adolescentes se deben realizar en lugares exclusivos para ellos, con una capacitación especial del personal médico que los atiende (www.profamilia.org.co). De esta manera, se propicia un ambiente favorable, confiable y amigable para los adolescentes. Profamilia, reconoce que existen barreras para el libre desarrollo de la sexualidad de los jóvenes, entre las cuales se encuentran: la concepción y estereotipos sociales asignados a ellos; la definición de la población adolescente como el problema y no como parte de la solución; la no comunicación entre jóvenes y adultos; el no reconocimiento y enfoque de aptitudes de los jóvenes; y la escasa divulgación de existencia de programas para jóvenes, tanto hombres como mujeres. Para superar estas barreras, plantea como líneas de acción: ampliar la difusión de programas; capacitar a más jóvenes para integrar y apoyar procesos con sus pares; orientar las capacidades de jóvenes, dentro de los programas; e implementar estrategias de comunicación, tales como el desarrollo de un boletín mensual, proyectos específicos, participación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, participación en redes y eventos internacionales.

C. Recomendaciones de política

La sensibilización de la problemática que encierra la fecundidad adolescente se observa como uno de los principales objetivos en los programas y políticas sociales implementadas a nivel nacional, cuyas directrices no están alejadas de los lineamientos seguidos a nivel internacional para abordar este fenómeno. Las medidas adoptadas en el programa de SSR enfatizan los aspectos educativos

y preventivos. Sin embargo, tal parece que las acciones que se han venido implementando, especialmente los programas de educación sexual y reproductiva en los colegios, no han logrado los efectos esperados: la maternidad precoz es una realidad cada vez más apremiante.

Por otra parte, los estudios evidencian que con frecuencia en los hogares los temas de SSR son difíciles de abordar entre padres e hijos, lo que genera una ausencia de información confiable en el medio familiar. Ante esta falta de comunicación en el hogar, el medio escolar, los amigos, las parejas románticas y los medios masivos de comunicación son las fuentes de información que tienen los jóvenes frente a estos temas. La experiencia de otros países y estudios a profundidad indican que los medios de comunicación, en especial la televisión, juegan un papel importante como agente socializador e inciden fuertemente en el desarrollo de las cogniciones románticas y sexuales de los adolescentes (Vargas et. al., 2003). Por lo tanto, es un instrumento que debe tomarse en cuenta.

1. Líneas de acción y estrategias

El objetivo principal que guía esta propuesta de política es reducir la incidencia de la fecundidad entre las adolescentes, unidas y no unidas en el país. A partir de lo que indica la literatura sobre los determinantes socioeconómicos y contextuales del embarazo adolescente y con base en la experiencia exitosa de diferentes políticas y estrategias diseñadas por los países de la región para afrontar este fenómeno (Anexo), y con base en las líneas de acción propuestas por la política actual en SSR dirigidas a adolescentes, se puede pensar que una política para reducir la incidencia



de la fecundidad adolescente debería tener por lo menos dos grandes líneas de acción, cada una con un conjunto de estrategias. El Diagrama 2 resume las líneas de acción, las estrategias asociadas y los posibles instrumentos de política.

a. Una **línea de acción** encaminada a *afectar los determinantes próximos*, es decir aquellos que afectan el riesgo de embarazo. Tendría como población objetivo tanto a las adolescentes no madres como a las madres adolescentes. Entre las estrategias por seguir dentro de esta línea de acción se podría considerar:

- i. *Promover un retardo en el inicio de la actividad sexual en las adolescentes.* La importancia de incidir sobre la edad de inicio de relaciones sexuales se constata al revisar los hallazgos de los estudios que indican que entre más temprano comiencen los adolescentes su actividad sexual, es menos probable que hayan desarrollado las competencias requeridas para manejar las exigencias de las relaciones sexuales, así como sus posibles implicaciones. El principal factor que influye tanto en el inicio de las relaciones sexuales, como en la edad a la cual las jóvenes empiezan su actividad sexual, es la norma social percibida. Por esta razón, uno de los principales instrumentos que permiten modificar las cogniciones de los adolescentes respecto a los comportamientos reproductivos son los medios de comunicación. La experiencia de México muestra que la difusión masiva de información sobre los mecanismos de transmisión de ETS y VIH/Sida, y el fomento de una cultura de protección de la salud,

fundamentada principalmente en el retraso de las relaciones sexuales, pueden tener efectos positivos en la reducción de la proporción de adolescentes que son madres. Divulgar en el país las cifras de fecundidad adolescente y los comportamientos riesgosos que están asumiendo los jóvenes y sus posibles consecuencias, puede llegar a modificar la norma social percibida y modificar la intención de tener relaciones sexuales, contribuyendo así, positivamente, en el retraso de la iniciación de las relaciones sexuales. De igual forma, divulgar que la proporción real de adolescentes que inician temprano relaciones sexuales es menor que lo percibido puede contribuir a modificar esta cognición y tener un efecto sobre la intención de tener relaciones sexuales, lo cual retrasaría significativamente la edad a la cual los adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales.

Estas medidas de difusión pueden desarrollarse en centros educativos formales y no formales con personal docente “capacitado” en el manejo de temas de SSR, y a través de campañas en los medios de comunicación masiva como la TV. Proveen mensajes claros y ausentes de cualquier juicio moral, donde se especifique la importancia de abstenerse del sexo a edades tempranas les da herramientas a las(os) adolescentes sobre cómo enfrentar la presión de los pares para iniciar relaciones sexuales y cómo comunicarse con la pareja para negociar al respecto.

- ii. *Incentivar la protección en la primera relación sexual.* Las jóvenes que no han



tenido su primera relación sexual desarrollan una concepción alrededor de este evento constituida en mayor medida por elementos afectivos y emocionales, que por las consecuencias derivadas de dicho evento (Vargas et. al., 2004). Su comportamiento está fuertemente influenciado por los amigos y novios. Estudios cualitativos para Colombia indican que las adolescentes desarrollan un cierto sentido de invulnerabilidad frente a un posible embarazo, y muchas consideran que el embarazo no es posible en la primera relación sexual (Vargas et. al., 2004). Ante esta situación, los programas educativos deben priorizar y profundizar temas tales como la comunicación con la pareja sobre las expectativas que se tienen de las relaciones románticas y sexuales, el papel que cumplen estas relaciones en la juventud y sobre el significado que tiene el concepto de responsabilidad. Las campañas de difusión deberían estar focalizadas en las adolescentes que no han tenido actividad sexual, y dirigidas enfáticamente a la toma de decisiones y la protección de la primera relación sexual. Los medios de comunicación tienen un gran impacto en las cogniciones que desarrollan los jóvenes sobre SSR. Programas educativos y campañas masivas con mensajes claros sobre las consecuencias directas que puede tener la actividad sexual sin protección, son también un recurso que podría tener efecto positivo al lograr modificar las percepciones y creencias que los adolescentes han desarrollado alrededor de este evento. Los medios de comunicación, padres de familia y los educadores podrían propiciar situaciones de aprendizaje para

que los jóvenes adquieran la experiencia en la toma de decisiones sexuales. Se ha encontrado que ésta es útil cuando las personas se enfrentan a situaciones de presión, en las que deben tomar decisiones inmediatas y donde las circunstancias impiden contar con el tiempo que requiere el proceso de evaluar diferentes alternativas de acción. Los resultados de los estudios sobre actividad sexual en la adolescencia han mostrado que aquellos jóvenes que han tenido la oportunidad de anticiparse a eventos que implican decisiones sexuales bajo presión tienden a usar estrategias más efectivas y eficientes. Es decir, los jóvenes que con ayuda de sus padres, profesores o amigos tienen la posibilidad de evaluar diferentes cursos de acción ante situaciones como tener relaciones sexuales, usar métodos de protección o un embarazo no planeado ni deseado, tienen mayor probabilidad de decidir de manera rápida y precisa sin dedicar mucho tiempo a la evaluación de la decisión (Vargas, 2005).

- iii. *Mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de SSR dirigidos a los adolescentes, con énfasis en facilitar el acceso y mejorar el conocimiento y adecuada utilización de los métodos de planificación familiar.* La experiencia de Ecuador y Argentina (Anexo) muestra que la reducción de precios y la amplia difusión de los métodos de planificación familiar existentes –inclusive la entrega de anticonceptivos de forma gratuita– son estrategias efectivas, al igual que la adecuación de espacios para la atención exclusiva de adolescentes y la



capacitación del personal oferente de los servicios de planificación familiar para la atención de los adolescentes.

Sin embargo, aunque la planificación familiar es una herramienta poderosa para disminuir la maternidad temprana, una mayor disponibilidad de ella no es suficiente. La sola difusión de los métodos de planificación familiar o el incremento y mejoría en el acceso a éstos no constituyen una garantía de su uso. “Los métodos anticonceptivos son el mejor instrumento y el más débil eslabón de la cadena de planificación familiar... cualquiera que sea el criterio para proveer planificación familiar, lo más importante es promover el uso racional de los métodos” (Echeverry, 1991). Deben desarrollarse actividades con doble objetivo: preventivas de ETS y VIH/Sida e informativas de prevención del embarazo. La evidencia indica entre los factores que pueden limitar el alcance de los objetivos de los servicios de SSR están las barreras culturales, las instalaciones y espacios para su desarrollo y la actitud de los oferentes en la prestación de estos servicios. Para mejorar el acceso y uso de los programas y servicios de salud para los adolescentes, el personal médico debe estar capacitado y hay que adecuar unidades especiales para su atención. Los programas en el área de salud deberían considerar: ofrecer servicios a bajo costo o gratuito, disminuir los tiempos de espera, permitir las consultas sin citas previas, mantener los servicios abastecidos de métodos de planificación familiar, ofrecer la mayor cantidad de servicios en el mismo local y,

si no es posible, que la remisión de otros servicios sea a lugares de fácil acceso; recibir a los y las jóvenes con una buena actitud y motivarlos para la asistencia a sesiones de consejería para ellos y sus parejas; garantizar privacidad y confidencialidad en las sesiones de consejería y los procedimientos clínicos; proveer información que responda a las necesidades propias de los adolescentes; facilitar información permanente sobre los servicios que están disponibles para ellos (www.advocatesforyouth.org).

Las campañas para incentivar el uso racional de los métodos de planificación familiar –los materiales, folletos y textos utilizados– deben ser de amplia difusión, dirigidas tanto a la población escolarizada como no escolarizada, que son poblaciones diferentes y con necesidades específicas. También deben tener un lenguaje comprensible, claro y novedoso para los adolescentes, que esté a la vanguardia de lo que ellos identifican y perciben con facilidad en su diario vivir. La información debe tener en cuenta tanto las creencias infundadas y el escepticismo de los jóvenes hacia los métodos de planificación familiar, como las expectativas que los adolescentes tienen de las relaciones sexuales. Esta información debe permitir que los jóvenes perciban el rol que tiene el auto cuidado en la realización de sus metas vitales.

De forma complementaria, se puede promover la estrategia de pares o adolescentes promotores de los programas relacionados a SSR, para que desarrollen talleres educativos e informativos de los



servicios de salud existentes. Estos talleres pueden ampliar el alcance de los objetivos planteados por los servicios de SSR.

- iv. *Promover un mayor periodo intergenésico en las jóvenes*, especialmente entre aquellas que ya tienen hijos. Charlas educativas y de consejería, a nivel grupal e individual, a las madres/padres adolescentes, pueden ser un mecanismo que les permita ampliar sus expectativas de vida, enseñándoles otras alternativas diferentes al rol de la maternidad, generando un mayor espaciamiento entre hijos y un menor tamaño de familia total. Estos talleres pueden ser aplicados a madres adolescentes que acaban de tener su hijo, y deben desarrollarse con materiales educativos especiales centrados en la redefinición del proyecto de vida realista y significativo, teniendo en cuenta las demandas de la maternidad y la paternidad. El objetivo de estas acciones educativas debe ser ayudar a las y los adolescentes a definir un plan de vida teniendo en consideración su historia de vida, su descripción y valoración como hombre o como mujer, los objetivos esenciales que quiere alcanzar en las diferentes esferas de la vida (afectiva, sexual, familiar, social, política, cultural, recreativa, profesional, entre otras) y las posibilidades que le brinda el medio social en el que se encuentra en un momento determinado, así como los obstáculos que necesita sortear para lograr lo que se ha propuesto. Los programas también deben permitir a los jóvenes desarrollar habilidades para cumplir con su rol parental de manera eficaz. Los talleres pueden ser desarrollados por madres adolescentes capacitadas para

dirigirlos con el apoyo de adultos que se convierten en modelos de rol significativos. Los grupos de autoayuda de madres jóvenes son una de las medidas implementadas a nivel internacional, como en México, con buenos resultados en el cambio de actitud de las adolescentes frente a su sexualidad y a la maternidad.

- b. Una **línea de acción** encaminada a *afectar los determinantes socioeconómicos y contextuales*, es decir, aquellos que afectan los determinantes próximos. Entre las estrategias por seguir en esta línea de acción se podría considerar:
- i. *Ampliar la cobertura y la calidad de la educación formal*. Toda la evidencia indica que la escuela tiene una dimensión importante como catalizador de este fenómeno y por tanto, puede definirse la educación como una de las principales herramientas con que se cuenta para reducir las tasas de fecundidad adolescente. Políticas dirigidas a extender el nivel de escolaridad en los jóvenes pueden tener efectos muy positivos en la reducción de la fecundidad adolescente. En el caso colombiano, la proporción de adolescentes que han estado embarazadas que no asisten a la escuela es significativamente superior a las que nunca han enfrentado la maternidad. Como lo menciona Rodríguez: “El avance de la educación parece haber jugado un papel importante en la tendencia hacia el descenso sostenido de la fecundidad alta, ya que la probabilidad de tener descendencia muy numerosa en la adultez se reduce casi linealmente con el nivel de escolaridad”



(Rodríguez, 2003). En contextos como el colombiano, los responsables de definir políticas educativas pueden comenzar a pensar en alternativas novedosas y creativas de educación formal. Estas alternativas deben permitir a los jóvenes realizar sus potencialidades y, por lo tanto, desarrollar proyectos de vida significativos. Por ejemplo, crear escuelas de formación deportiva en aquellas zonas del país en las cuales el genotipo y fenotipo de la población dota a los jóvenes de un gran potencial para el fútbol.

- ii. *Influir en las cogniciones existentes sobre la SSR en los jóvenes.* Mucha de la información que reciben los jóvenes sobre temas de SSR proviene de agentes no especializados en estos temas, tales como los pares y los novios. Es por esto que existen creencias infundadas alrededor de estos temas, cogniciones que influyen en gran medida en la actitud con que enfrentan los jóvenes su sexualidad; y esto conduce a seguir modelos o estereotipos ajenos a ellos, provenientes de los medios de comunicación, de los pares líderes, entre otros. Así, el papel que desempeñan los padres y los maestros en la educación de los jóvenes en materia de SSR y la prevención de comportamientos sexuales de riesgo es importante. Por tal motivo, para incentivar canales informativos que puedan influenciar de manera positiva a los adolescentes, se pueden desarrollar actividades extra académicas, tales como talleres de consejería a los padres en los colegios o centros no formales, para que ellos se conviertan en expertos conocedores de la sexualidad y de los comportamientos que se relacionan

con la salud sexual y reproductiva y al estar capacitados, puedan cumplir su papel de educadores sexuales con sus hijos. Para solucionar el problema de la baja asistencia de los padres a este tipo de actividades se pueden aprovechar las ventajas que en la actualidad ofrecen las nuevas tecnologías informáticas para el desarrollo de estrategias pedagógicas novedosas.

También, se pueden adelantar actividades donde los adolescentes no sólo sean receptores de las medidas, sino ejecutores de estas, por ejemplo se pueden incentivar talleres para adolescentes, como el caso de Nicaragua (Anexo), donde son los mismos jóvenes quienes desarrollan y dirigen los talleres, después de ser adiestrados en temas de SSR.

- iii. *Promover un cambio de actitud hacia la visión y la valoración de la sexualidad* mediante el fortalecimiento de los servicios de consejería en materia de SSR, en los centros educativos formales y no formales, al igual que en los centros de salud, vinculando no sólo al adolescente, sino también a la familia, la comunidad, las instituciones que desarrollen actividades en esta dirección y al gobierno. Para promover un cambio de actitud hacia el desarrollo de una sexualidad saludable, se necesita fortalecer los servicios de consejería en materia de SSR, en los centros educativos formales y no formales, al igual que en los centros de salud, promoviendo elementos como la responsabilidad y el desarrollo personal en talleres educativos, individuales y grupales, que no sólo sean dirigidos a las



adolescentes madres y no madres, sino a su entorno social (familia y comunidad). La experiencia de México muestra buenos resultados en el cambio de actitud de las adolescentes frente a la sexualidad y la maternidad (Anexo).

Los talleres dirigidos a los padres, son un instrumento de gran importancia en la formación y en el desarrollo de la sexualidad de los jóvenes. Debe buscarse que los padres identifiquen, analicen y eliminen los temores y las creencias alrededor de la educación sexual e identifiquen los métodos de educación sexual que ellos mismos deben desarrollar en la crianza de sus hijos. Para esto, los centros educativos podrían participar en la educación no sólo de los adolescentes-alumnos, sino sus padres, vinculándolos a través de talleres diseñados exclusivamente para ellos. Esta medida podría también facilitar e incentivar la comunicación entre padres e hijos.

De igual forma, dada la fuerte influencia que presentan los medios de comunicación sobre las cogniciones relacionadas con temas sexuales y reproductivos que desarrollan los jóvenes, podría ser un instrumento de gran alcance con el cual se logre un cambio de actitud de los adolescentes frente a su sexualidad. No obstante, el abordaje de la sexualidad debe hacerse desde una perspectiva más amplia, menos genitalista, en donde se promueva el autocuidado como una de las formas para cumplir con las metas propuestas en sus proyectos de vida. La experiencia de Brasil muestra cómo

se puede incidir en la fecundidad sin tener que hablar directamente de ella, creando nuevas visiones de mundo, otras formas de percibirse como hombre o mujer, generando la necesidad del auto cuidado para lograr cumplir con el proyecto de vida.

- iv. *Promover la educación en SSR con calidad, sin distinción de género, en los centros educativos formales y no formales, al igual que en el entorno social del adolescente (padres, familia y comunidad). Es necesario tener en cuenta que las adolescentes de estratos bajos son las que menos posibilidades tienen de asistir al aparato educativo y, por lo tanto, son excluidas del mecanismo más directo que tiene la política de SSR para impartir educación sexual y reproductiva a través de los colegios. Por lo tanto, la educación en SSR debe traspasar la escuela e implementarse también en las comunidades, y dirigirse tanto a las mujeres como a los hombres.*

Las actividades educativas desarrolladas en los colegios y en las escuelas deberían estar más vinculadas con la consejería y los servicios de salud, pues aunque la asignatura de educación sexual esté diseñada y sea de carácter obligatorio, no está teniendo los resultados esperados. Por una parte, pareciera que los docentes no están debidamente capacitados para el desarrollo de esta asignatura; por otra, los temas y actividades que se desarrollan no responden a las necesidades formativas de los estudiantes. Muchas de las clases están enfocadas en los métodos de planificación



familiar, y dejan de lado otros temas que hacen parte de la formación integral en SSR (Vargas et. al., 2004).

Un mecanismo fuera de la escuela puede ser convocar a los líderes comunitarios, para que ellos se encarguen de difundir los talleres de SSR, pues estos individuos son quienes perciben directamente la problemática de las adolescentes en sus localidades; por lo tanto, pueden promover los temas de sexualidad, respondiendo a las necesidades de los jóvenes.

Para esta estrategia se hace necesaria una concertación e interconexión entre las actividades que realizan el sector salud y el educativo –más profunda de la que actualmente existe–, y una adecuada capacitación de docentes y prestadores de servicios de salud.

- v. *Promover la participación de los hombres en las acciones adelantadas en materia de SSR.* Las políticas y programas generalmente se orientan a las niñas. Los programas dirigidos a los varones son de poca difusión y la responsabilidad social de la maternidad normalmente recae sobre la adolescente y no sobre la pareja. Las políticas y programas deben estar orientados a toda la población adolescente, sin distinción social ni de género, tanto a adolescentes unidas como no unidas. Igualmente, debería hacerse un mayor énfasis sobre la responsabilidad de los jóvenes, pues aunque tengan conocimiento sobre la existencia de mecanismos legales que los obligan a asumir responsabilidades

paternas y económicas, muchas veces son obviadas por ellos mismos en sus conductas sexuales y reproductivas. De esta manera, campañas que enfatizan la responsabilidad paterna ante un posible embarazo pueden desestimular prácticas sexuales riesgosas en los adolescentes varones.

Por su parte, los programas de educación sexual y las campañas relacionadas deben mostrarles a los jóvenes que existen formas alternativas de expresar su masculinidad, más allá de sus facultades netamente reproductivas. Así mismo, se debe impulsar en ellos el autoconocimiento y la valoración de sí mismos, desde una perspectiva crítica y autorreflexiva, en la cual se tengan en cuenta, además de las ventajas, las desventajas que representan para sí mismos las expectativas de género que se tienen en su contexto.

2. Instrumentos

Las diferentes estrategias deben implementarse con instrumentos efectivos. La experiencia internacional sugiere algunos de ellos:

- a. *Campañas a través de los medios masivos de comunicación.* Deben usarse medios impresos, electrónicos, radio y televisión para cubrir un mayor número de jóvenes. Los mensajes deben estar diseñados para influir sobre las cogniciones que determinan el comportamiento de los adolescentes y la familia respecto a: inicio temprano de relaciones sexuales, uso de métodos de planificación familiar desde la primera relación sexual, longitud del periodo intergénésico, la SSR, la sexualidad y los roles



de género. Estas campañas deberían ser cofinanciadas por el Gobierno Central (Ministerio de la Protección Social) y los departamentos, con el fin de adecuarlos al contexto regional.

- b.** *Capacitación del personal de salud* para atención especializada de adolescentes.
- c.** Adecuación de espacios para atención de adolescentes en centros de salud.
- d.** *Talleres informativos sobre los servicios de SSR* a nivel comunidad/local, colegios.
- e.** Reducción de precios y *amplia difusión de métodos de planificación familiar*.
- f.** Elaboración de una *guía de los recursos existentes* a nivel local y nacional, que incluya las instituciones públicas y privadas, y que brinde información sobre los servicios en SSR para adolescentes.
- g.** *Fortalecimiento de los servicios de consejería* en SSR a los padres y adolescentes en colegios, centros no formales y centros de salud.
- h.** *Talleres para adolescentes liderados por adolescentes* a nivel local sobre temas de SSR.
- i.** *Capacitación de los docentes* encargados de las cátedras de SSR en colegios.
- j.** *Revisión y adecuación de los materiales de apoyo* en las cátedras de SSR en colegios y centros no formales.



Diagrama 2
Estrategias para disminuir de la incidencia del embarazo adolescente

Estrategia	Instrumento	Fuente de financiación
Línea de acción: afectar los determinantes próximos		
1. Promover un retardo en el inicio de la actividad sexual en las adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas en medios masivos de comunicación 	MPS, departamentos
2. Incentivar la protección en la primera relación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas en medios masivos de comunicación 	MPS, departamentos
3. Mejorar la calidad de los servicios de SSR dirigidos a los adolescentes. Facilitar el acceso y mejorar el conocimiento y adecuada utilización de los métodos de planificación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del personal de salud para atención especializada de adolescentes. • Adecuación de espacios para atención de adolescentes en centros de salud. • Talleres informativos sobre los servicios de SSR a nivel comunidad/local, colegios. • Reducción de precios y amplia difusión de métodos de planificación familiar. • Elaborar una guía de los recursos existentes que brinde información sobre los servicios en SSR para adolescentes, a nivel local y nacional, que incluya las instituciones públicas y privadas. 	MPS, departamentos, localidades, ONG.
4. Promover un mayor periodo intergenésico en las jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas en medios masivos de comunicación 	MPS, departamentos.
Línea de acción: afectar los determinantes socioeconómicos y contextuales		
1. Ampliar la cobertura y la calidad de la educación formal.		MEN
2. Influir en las cogniciones existentes sobre SSR en los jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas en medios masivos de comunicación • Fortalecimiento de los servicios de consejería en SSR a los padres y adolescentes en colegios y centros no formales, y centros de salud. • Talleres para adolescentes liderados por adolescentes a nivel local sobre SSR. 	MPS, MEN, departamentos, localidades.
3. Promover un cambio de actitud hacia la visión y la valoración de la sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas en medios masivos de comunicación. • Fortalecimiento de los servicios de consejería en SSR a los padres y adolescentes en colegios y centros no formales, centros de salud. 	MPS, MEN, departamentos, localidades.
4. Promover la educación en SSR con calidad en los centros educativos formales y no formales.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de los docentes encargados de las cátedras de SSR en colegios. • Fortalecimiento de los servicios de consejería en SSR a los padres y adolescentes en colegios y centros no formales, centros de salud. • Revisión y adecuación de los materiales de apoyo en las cátedras de SSR en colegios y centros no formales. 	MPS, MEN
5. Promover la participación del género masculino en las acciones en SSR.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas en medios masivos de comunicación. 	MPS, Departamentos

Anexo

Programas en materia de salud sexual y reproductiva por países y características

95



Anexo
Programas en materia de salud sexual y reproductiva por países y características
Países observados: Guatemala, Costa Rica, Ecuador, Perú, México, Chile, Argentina, Nicaragua y Colombia

Pais	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
Guatemala	Familia de jóvenes	Asociación Probienestar de la Familia de Guatemala (Aprogam) ONG	Orientar a los jóvenes en la elaboración de sus proyectos de vida, para que a su vez ellos puedan reproducir esta orientación a otros jóvenes.	Capacitación gratuita a los jóvenes en temas de Sexualidad Humana haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva.	Jóvenes entre 10-19 años	No	http://www.aprofam.org.gt/programasFR.htm
Guatemala	Vida familiar	Asociación Probienestar de la Familia de Guatemala (Aprogam) ONG	Promover entre los jóvenes planes y proyectos de vida que logren un equilibrio físico, emocional y social.	Bajo este programa se capacita a los docentes para desarrollar actividades educativas de enseñanza y aprendizaje con tecnología moderna y metodología creativo-participativa, con grupos de adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva, en diferentes temas, como: amistad y noviazgo, educación sexual, autoestima, embarazo y parto, infecciones de transmisión sexual, Sida, comunicación con nuestros padres, anatomía de los órganos sexuales, drogas, maternidad y paternidad responsable, embarazos en adolescentes, métodos anticonceptivos modernos y de control de la fertilidad, etc. Además, se proporciona material educativo por alumno.	Jóvenes entre 10-19 años	No	http://www.aprofam.org.gt/programasFR.htm
Guatemala	Bebés mecánicos	Asociación Probienestar de la Familia de Guatemala (Aprogam) ONG	Concientizar a los adolescentes de lo que significan las relaciones sexuales a temprana edad y las responsabilidades que se deben asumir al cuidar un bebé.	El programa le proporciona a los (as) adolescentes un muñeco con características similares a los bebés humanos. Durante el periodo que el adolescente comparte con el muñeco, debe darle los cuidados necesarios de un bebé, además debe demostrarle afecto, puesto que el muñeco tiene un censor que registra cuantitativamente los estímulos, maltratos	Adolescentes	No	http://www.aprofam.org.gt/programasFR.htm

País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
Guatemala	Aprendiendo a vivir	Asociación Probiestar de la Familia de Guatemala (Aprogam) ONG	Desarrollo, crecimiento y equilibrio emocional y sexual de los y las adolescentes.	Capacitación de los maestros sobre temas de sexualidad humana. y atenciones que recibe por parte de la persona que lo cuida. En caso de que los cuidados que le brinde la adolescente al muñeco no sean los adecuados, éste puede morir por maltrato.	Maestros o educadores	No	http://www.aprofam.org.gt/programasFR.htm
Guatemala	Desarrollando mi vida	Asociación Probiestar de la Familia de Guatemala (Aprogam) ONG	Impulsar el desarrollo integral y crecimiento personal de la comunidad.	Capacitación general sobre temas de sexualidad humana.	Comunidad	No	http://www.aprofam.org.gt/programasFR.htm
Guatemala	Clinica del adolescente	Asociación Probiestar de la Familia de Guatemala (Aprogam) ONG	Ofrecer un espacio para que los y las adolescentes puedan acudir en caso de un problema de salud, tanto físico como emocional.	Plan nacional de atención integral a los y las adolescentes, en la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvico uterino, en las normas nacionales de planificación familiar y prevención, detección y tratamiento de ETS/VIH/Sida y apoya la elaboración del programa de Escuelas Saludables, al desarrollar el módulo de educación sexual, para impartirlo en las escuelas del nivel primario de todo el país.	Jóvenes entre 10-19 años	No	http://www.aprofam.org.gt/programasFR.htm
México	Programa de Orientación Educativa de Secundarias. Educación formal: asignatura Orientación Educativa.	Ministerio de Educación Pública	Ofrecer información necesaria para que los adolescentes comprendan el significado de tener una buena salud y la prevención de enfermedades, del desarrollo de la sexualidad y de su ejercicio responsable e	Mediante el consenso del grupo con el maestro se identifican los temas por tratar, así como las estrategias y actividades que se van a desarrollar.	Alumnos de tercer grado de enseñanza media o secundaria.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_mexico.htm http://www.jornada.unam.mx/1998/05/07/ls-texto4.html

País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
			<p>identifiquen las oportunidades de estudio y de trabajo, que permitan al estudiante realizar sus potencialidades y preferencias.</p>				
Argentina	Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable	Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación	Este programa busca disminuir los índices de mortalidad materna como consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y el contagio de Sida u otras ETS por relaciones sin protección, entre otros.	A través de este programa se entregan anticonceptivos de forma gratuita en los Centros de Atención Primaria y Asistencia Técnica. Así mismo, el programa brinda asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos, obstétricas, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios) y distribuye de forma gratuita publicaciones relacionadas con el tema, a solicitud de los usuarios, con asesoramiento o consejería especializada.	Población en edad fértil	Sí	<p>http://www.msal.gov.ar/html/Site/promin/UCMISALUD/institucional/quienessomos.htm</p>
México	Programa de educación para la salud reproductiva y sexual de adolescentes	Este programa se llevó a cabo con el apoyo de Pathfinder México A.C. a través de AMES A.C. y es parte del convenio específico entre la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa y el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".	Brindar información a los jóvenes sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, con el objetivo de favorecer en las jóvenes un cambio de actitud, al tomar conciencia sobre sí mismas como mujeres y sobre la importancia de concebir un hijo en el momento oportuno.	Mediante este programa, de base hospitalaria, se brinda orientación psicosocial a las jóvenes, donde una psicóloga imparte sesiones educativas a las adolescentes embarazadas, en una área del hospital específicamente destinada para ello. Así mismo, como el programa asesora a las mujeres jóvenes en el posparto, posaborto o poscesárea, sobre métodos de planificación familiar.	Adolescentes menores de 20 años que acuden al hospital por atención prenatal y atención de parto, tanto de las zonas urbanas como rurales.	Sí	<p>http://www.insp.mx/salud/36/362-5s.html</p>



País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
México	Programa de salud reproductiva	Secretaría de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades	Brindar información y servicios de salud reproductiva a la población, incluida la planificación familiar, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como contribuir a que las parejas vivan una vida sexual y reproductiva satisfactoria en la que puedan decidir con libertad y responsabilidad el número y espaciamiento de los hijos. De esta forma se regula de forma adecuada el crecimiento de la población.	Este programa desarrolla actividades que incrementen las acciones de información y comunicación educativa y social, a través de diversos medios, que promuevan la utilización de métodos de planificación familiar, la prestación de servicios de buena calidad en atención prenatal, del parto y del recién nacido, la atención oportuna de abortos incompletos, capacitación a los prestadores de servicios de salud reproductiva y establecer una normatividad oficial para el estudio y manejo de parejas infértiles.	Adolescentes	Sí.	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_mexico.htm
México	Programa de VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).	Secretaría de la Salud y la Dirección Nacional Reproductiva	Prevenir y controlar el VIH/Sida y otras ETS, en poblaciones con prácticas de riesgo y entre grupos especialmente vulnerables.	El programa difunde información sobre los mecanismos de transmisión del VIH y de otras ETS, a través de medios masivos, para la población general y grupos específicos. Así mismo, fomenta una cultura de protección a la salud, mediante la educación sexual, fundamentalmente, a través del retraso de la actividad sexual, la disminución del número de parejas sexuales, el uso del condón, el diagnóstico oportuno de la ETS. Además, ofrece capacitación al personal de salud.	Adolescentes, mujeres en edad fértil, hombres con prácticas homosexuales y bisexuales, y personal de salud.		http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_mexico.htm http://www.jornada.unam.mx/1998/05/07/ls-texto4.html

País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
México	Programa de prevención y atención integral a la madre adolescente	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	Promover cambios de actitud de los adolescentes frente a su sexualidad y paternidad e informarlos sobre los riesgos de un embarazo temprano, orientar a las adolescentes en gestación o que ya son madres, sobre lo que significa la maternidad y brindarles apoyo para que mejoren su calidad de vida y la de sus hijos.	Este programa opera bajo la formación de grupos de autoayuda de madres adolescentes y en la aplicación de un paquete de información que se les otorga en 20 sesiones a lo largo de 6 meses, el cual incluye temas como el fortalecimiento de la autoestima, la asertividad y la efectividad, salud sexual y reproductiva, valores, embarazo, cuidados maternos, desarrollo del niño y violencia intrafamiliar.	Adolescentes, especialmente madres adolescentes.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_mexico.htm
Perú	Centro Juvenil Futuro	Instituto Peruano de Paternidad Responsable	Promover el desarrollo integral de los adolescentes, con énfasis en el cuidado de su salud sexual y reproductiva a través del conocimiento y utilización de métodos de planificación familiar.	Bajo este programa se brinda capacitación en prevención a estudiantes, padres de familia y profesionales que trabajan con adolescentes, difunde la problemática adolescente a través de los medios de comunicación (prensa televisiva, radial y escrita), brinda consejería individual y grupal en materia de salud sexual y reproductiva (también se hace mediante línea telefónica y correo electrónico), desarrolla proyectos para mejorar la calidad de vida de los adolescentes, organiza y lidera actividades culturales de interés juvenil y de alcance educativo y participa en la evaluación de los servicios que este mismo centro presta a los adolescentes.	Jóvenes de 10-25 años de edad, especialmente mujeres de estratos medios y bajos.	Sí	http://www.advocatesforyouth.org
Ecuador	Autoconciencia de la Salud Reproductiva	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar	Este programa busca a través de la consejería, educación y servicios de planificación	Para la consecución de sus objetivos, este programa busca mediante la reducción de tarifas de los métodos anticonceptivos, aumentar el número de usuarios, y desarrollar espacios para la atención de los adolescentes,	Jóvenes de 10-19 años de edad, de zonas urbanas y rurales que	Sí	http://www.advocatesforyouth.org



País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
		(CEMOPALF), con orientación del <i>Institute for Reproductive Health (IRH)</i> de la Universidad de Georgetown	familiar con el objetivo de aumentar la utilización de los métodos anticonceptivos.	al igual que salas de espera exclusivas para ellos. Adaptan los horarios de atención considerando los horarios del colegio y del trabajo y capacitan al personal en el desarrollo de habilidades comunicativas a nivel interpersonal y de consejería. Así mismo, se realizan actividades de información, educación y comunicación dirigidas a los jóvenes, padres y a la comunidad en general.	pertenecen a estratos medios y bajos.		
Nicaragua	Clubes para adolescentes y clubes para adolescentes embarazadas.	Programa Promoción de la Salud Integral de la Mujer (PROSIM) bajo la Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud (MINS) y en coordinación con la Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ)	Mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva, a través del desarrollo de la calidad humana y técnica de los servicios, incluidos temas como la violencia doméstica.	En los Clubes para adolescentes, los jóvenes son capacitados por especialistas y por sus pares en el programa educativo. Cómo planear la vida; además, reciben apoyo para organizarse y realizar actividades recreativas, educativas y culturales. Los Clubes para adolescentes embarazadas, por su parte, brindan capacitación en cuidados necesarios durante la gestación, el parto y el puerperio, de igual manera se les brinda cursos para el desarrollo de sus habilidades manuales.	Jóvenes entre 10 y 24 años.	Sí	http://www.advocatesforyouth.org
Chile	Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes /	División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud	En el componente de Salud Sexual y Reproductiva el programa promueve iniciativas tendientes a	El programa desarrolla actividades acerca de cómo enfrentar el embarazo no deseado en adolescentes mediante interconsultas con unidades educativas de fomento. Además, pretende facilitar la reinserción escolar y	Adolescentes de 10-19 años de edad y sus familias. Para su	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_chile.htm#sal1

Pais	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
	Programa de salud del adolescente		la prevención del embarazo adolescente no deseado.	laboral posparto. Incluye la realización de exámenes de salud integral del adolescente, que consideren tanto los aspectos biomédicos, como factores psicosociales asociados a riesgos de salud sexual y reproductiva.	participación en el Programa Nacional de Adolescentes debe ser acreditada su condición de beneficiarios.		
Chile	Modelo didáctico para el trabajo de prevención y capacitación en el tema del VIH/Sida en el Programa de Prevención y control del VIH/Sida	División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud	Brindar capacitación en temas relacionados con la prevención de la epidemia del VIH/ Sida y ETS y la disminución de su impacto biosocional.	Mediante este programa se acreditan módulos, manuales y guías, que se discuten a nivel grupal, con el fin de capacitar en el tema de prevención del VIH/Sida y en la no discriminación de quienes padecen la enfermedad del Sida. También se realizan campañas de comunicación social para prevenir esta enfermedad, a través de programas audiovisuales, <i>jingles</i> radiales y anuncios para la prensa escrita.	Grupos de niños mayores de 12 años, adolescentes mayores de 15 años; jóvenes que se encuentren estudiando en educación superior; grupos juveniles urbanos, grupos juveniles rurales.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_chile.htm
Chile	Hacia una sexualidad responsable.	División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud	En el lineamiento educativo, este programa busca impartir educación sexual para niñas, niños y adolescentes.	Este programa (piloto) elabora materiales de apoyo educativo para implementarlos curricularmente en la asignatura de educación sexual en los centros educativos. Así mismo, capacita a los docentes en temas relacionados y promociona y difunde las experiencias exitosas de educación sexual en establecimientos educativos a nivel nacional.	Niños y adolescentes.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_chile.htm
Nicaragua	Programa de Atención Integral a la Adolescencia	Dirección General Atención Integral Mujer,	Promover en los jóvenes, sin ninguna distinción, el desarrollo de una vida sexual	El programa desarrolla capacitaciones y sensibilización al personal de salud, ofrece atención en los centros de salud con un enfoque de género, favorece la formación de	Jóvenes entre 10-19 años.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_



País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
	Niñez y Adolescencia. Ministerio de Salud.	redes y clubes comunitarios que faciliten el desarrollo de potencialidades propias de los adolescentes. Este programa vincula también otros agentes, tales como el Ministerio de Cultura, Ministerio de la Familia, ONG, alcaldías, movimientos comunales, Iglesia, Comisión de Adolescentes, entre otros, con el fin de evitar la duplicidad de esfuerzos y garantizar el uso racional de los recursos.	saludable, a través del conocimiento y prácticas acordes con estilos de vida adecuados, autoestima, autocuidado y ayuda mutua.	Ofrecer una variedad de servicios orientados al fortalecimiento de la atención primaria y al abordaje integral del adolescente.	Adolescentes, sus familias y el entorno en el que se desenvuelven.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_nicaragua.htm
Nicaragua	Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes: Hospital "Bertha Calderón"	Proyecto de Cooperación FNUAP-Gobierno de Nicaragua. Ministerio de Salud	Reducir las conductas de riesgos a los que pueden acceder los adolescentes, tales como consumo de alcohol y drogas, ejercicio sexual responsable, depresión y suicidio o agrupamiento en bandas para delinquir.	Los servicios que brinda este programa incluyen: atención del embarazo, atención ginecológica, diagnóstico y tratamiento de ETS, métodos anticonceptivos, consejería en temas de sexualidad, adolescencia, relaciones familiares y visitas domiciliarias de trabajadoras sociales a adolescentes que se encuentran en alto riesgo reproductivo o preconceptual. En relación con los servicios educativos, se desarrollan capacitaciones con material educativo especial para este grupo poblacional y se incentiva la formación de clubes de adolescentes y de capacitación para los padres de familia.	Adolescentes que acceden a conductas de riesgo.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_nicaragua.htm
Nicaragua	Plan de acción para la atención integral y diferenciada de los niños, adolescentes y jóvenes en alto riesgo social	Ministerio de Salud. Ministerio de Educación.	Este programa desarrolla estrategias de seguridad que reduzcan las actividades delictivas, con intervenciones diagnosticadas a nivel psicológico, psiquiátrico, familiares y sociales, y no sólo represivas del síntoma. Así mismo, se desarrollan procesos de sensibilización y capacitación a los trabajadores de salud, adolescentes, maestros, periodistas y comunidad en general, se promueve y fortalece la coordinación inter e intrasectorial para el abordaje del problema de violencia juvenil.	Este programa desarrolla estrategias de seguridad que reduzcan las actividades delictivas, con intervenciones diagnosticadas a nivel psicológico, psiquiátrico, familiares y sociales, y no sólo represivas del síntoma. Así mismo, se desarrollan procesos de sensibilización y capacitación a los trabajadores de salud, adolescentes, maestros, periodistas y comunidad en general, se promueve y fortalece la coordinación inter e intrasectorial para el abordaje del problema de violencia juvenil.	Adolescentes que acceden a conductas de riesgo.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_nicaragua.htm

País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
Nicaragua	Proyecto Píves: Implementación Educación de Valores. Educación Secundaria	Ministerio de Educación	El objetivo de este programa se enmarca en la Política Nacional de Población y busca contribuir a aumentar significativamente la edad de inicio de las relaciones sexuales y las uniones, y favorecer el desarrollo de la sexualidad en un ambiente responsable y comunicativo.	Este proyecto desarrolla sus lineamientos metodológicos en 4 fases. En la primera se realiza un diagnóstico de la situación del centro educativo, en cuanto a valores y antivalores que presenta el ambiente en el que se están desarrollando los niños y jóvenes, para detectar necesidades. En la segunda fase, se capacita a los docentes, padres de familia y estudiantes líderes de aula sobre valores y la implementación de proyectos pertinentes. En la tercera fase, se dictan charlas a estudiantes por aulas sobre temas relacionados con la educación sexual y alcoholismo. En la cuarta fase, se implementan los proyectos diseñados por los estudiantes para fomentar valores, programación de actividades extra clases, presentación de videos y atención personalizada a los casos críticos de estudiantes con problemas de droga y alcoholismo.	Alumnos y alumnas del sistema de educación secundaria y sus maestros.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_nicaragua.htm
Costa Rica	Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA)	Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social	Este programa busca promover y desarrollar en los adolescentes estilos de vida saludables, a través de acciones de información, comunicación y educación. Así mismo, busca brindar a los adolescentes cuidados directos a través de las consultas de atención integral con el fin de reducir su morbilidad, se brinda capacitación al personal del programa y pretende promover la	A través de la búsqueda de apoyo político, de la ejecución de acciones intersectoriales, la coordinación interinstitucional, de la conformación de un equipo interdisciplinario, alcanzar los objetivos propuestos.	Población adolescente de ambos sexos, de 10 a 19 años y 11 meses.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_costarica.htm



País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
			realización de acciones asociadas al tema y coordinadas con otros sectores.				
Costa Rica	Proyecto Adolescentes Prostitutas	Departamento de Control del Sida- del Ministerio de Salud- y FUNDESIDA, con apoyo de la Unión Europea.	Brindar un servicio de atención integral con niñas y adolescentes prostitutas para la prevención de VIH/Sida/ETS a través de un proceso que fortalezca su autovalor y cuidado.	Este programa se desarrolla a través de talleres participativos sobre contenidos de sexualidad, violencia, género, prevención de VIH/Sida/ETS y salud reproductiva, consulta médica, con apoyo de enfermería y laboratorio, en horarios adaptados a su forma de vida. Además se les entrega material informativo y recursos para la protección de su salud y prevención de ETS/VIH/Sida.	Niñas y adolescentes prostitutas	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_nicaragua.htm
Costa Rica	Programa Amor Joven	Oficina de la Primera Dama. Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente	Desarrollar un modelo de prevención integral de carácter educativo en el campo de la sexualidad, para y con niñas, niños y adolescentes, que facilite a las instituciones públicas y a las organizaciones no gubernamentales y comunitarias reconceptualizar sus enfoques teóricos metodológicos no convencionales.	Este programa brinda información, educación, fortalecimiento y participación de la población de 5-19 años escolarizada y no escolarizada, para su desarrollo integral y la promoción de una sexualidad responsable y sana. También, realiza campañas de comunicación masiva y campañas fortalecidas, en centros educativos y comunidades, orientadas hacia la educación sobre sexualidad sana y responsable. Además, realiza capacitación a docentes, personal técnico y profesional de instituciones de salud, protección especial y padres de familia para que se conviertan en agentes educativos multiplicadores. Adicionalmente, adelanta actividades en la revisión de la legislación nacional e internacional, para identificar mecanismos de exigibilidad y vacíos que requieren nuevas medidas legislativas o procedimientos administrativos.	Adolescentes entre 5-19 años, escolarizados y no escolarizados, de bajos recursos. Padres de familia y adultos que interactúan con los adolescentes, personal del sistema de educación formal, sistema de salud, de protección especial, sistema	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_costarica.htm

País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Dirección web
					judicial y otras instituciones públicas, planificadores de políticas y programas y personas ejecutoras de acciones en estos, personal de instituciones privadas que trabajan en el campo de educación sexual, grupos organizados de las comunidades que desarrollan acciones que favorecen a los adolescentes y personas formadoras de opinión pública, medios de comunicación, sectores académicos y parlamentarios.	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_costarica.htm
Costa Rica	Programa Construyendo Oportunidades	Oficina de la Primera Dama. Consejo Interinstitucional de Atención a	Impulsar un modelo de atención integral que brinde a las adolescentes embarazadas y madres oportunidades para	Este programa ofrece información, capacitación, fortalecimiento y participación de las niñas, adolescentes embarazadas y madres, en contenidos que responden a sus demandas particulares, además divulga y promueve los	Niñas, adolescentes embarazadas y madres. Esposos, compañeros y	Sí http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_costarica.htm



País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
		la Madre Adolescente. Instituto Nacional de las Mujeres.	su fortalecimiento personal, mediante su participación en procesos de capacitación en formación para la vida y su acceso a una oferta integral de servicios de salud, educación, inserción laboral y servicios de cuidado y atención a sus hijas e hijos.	derechos de este grupo poblacional; capacita al personal técnico y profesional; realiza monitoreo del cumplimiento de la normatividad jurídica relacionada; y coordina a nivel interinstitucional e intersectorial la evaluación de las acciones desarrolladas en pro de este grupo poblacional.	padres de familia, personas de la comunidad que desarrollan actividades a favor de los niños y adolescentes. Personal técnico y profesional de instituciones de gobierno y de organizaciones no gubernamentales en labores de atención a los niños y adolescentes.		
Costa Rica	Programa en Educación en Población		Brindar educación sexual a través de libros escolares	Bajo este programa se elaboran guías didácticas para utilizarlas en establecimientos de enseñanza formal. En ellas se abordan temas tales como qué es la sexualidad, qué es amor, la respuesta sexual humana, valores, sexualidad, ETS, paternidad y maternidad.	Estudiantes de enseñanza formal		
Chile	Ser Joven, Centro de Salud Integral del Adolescente	Departamento de Pediatría y Cirugía de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile.	Proporcionar atención integral gratuita a los jóvenes de escasos recursos.	Proporcionar a los adolescentes, de bajos recursos que estudien y trabajen en la comuna. El programa ofrece información sobre obesidad, consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, trastornos de conducta alimentaria, conducta suicida, maltrato y disfunciones familiares. Además, brinda capacitación a los médicos y participan en la evaluación de programas cuya población objetivo sea los jóvenes.	Jóvenes entre los 10-19 años de escasos recursos, que estudien o trabajen en la comuna Lo Barnechea, Chile.	No. Aunque esta universidad es pública. proyectos_ong_chile2.htm	http://www.sexualidadjoven.cl/ong_universidad_proyectos_ong_chile2.htm

País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
Chile	Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente	Facultad de Medicina. Universidad de Chile.	Este programa brinda servicios integrales a los adolescentes y desarrolla actividades formativas (técnicas) de atención a este grupo etario.	Este programa brinda servicios diferenciados de atención a la salud reproductiva de los adolescentes, en horarios, infraestructura y profesionales. También presta servicios de consultoría, en temas relacionados con diferentes sectores públicos y privados, nacionales e internacionales.	Instituciones gubernamentales, profesionales de la salud nacionales e internacionales.	No.	http://www.sexualidadjoven.cl/ong_
México	Programa de Promoción de la Salud Integral de los Adolescentes (PROSIA)	Secretaría de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades	Fomentar en los adolescentes el valor de la vida y una cultura de buena salud, que les permita autocuidarse y proveerla en sus medios familiares, escolares y sociales.	Este programa desarrolla actividades en educación formal, a través de contenidos educativos curriculares en las escuelas secundarias, brinda capacitación para la formación de promotores adolescentes, al igual que información a los adolescentes fuera del sistema educativo. También desarrolla acciones en educación no formal en grupos de adolescentes cautivos.	Adolescentes escolarizados y no escolarizados. Grupos cautivos en programas de educación no formal (adolescentes en servicio militar).	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_mexico.htm
Colombia	Programa de Salud Adolescente	Programa de la Salud Integral del Adolescente - OPS- Organización Panamericana de la Salud - Colombia	Promover la salud y el desarrollo favorable de los adolescentes.	Para alcanzar el objetivo general de este programa, se desarrollan actividades que identifiquen la situación actual de las políticas y legislación relacionada con los adolescentes, incorpora a los servicios de salud la participación comunitaria y la participación juvenil. Además se realizan evaluaciones a los programas relacionados con la adolescencia, ofrece capacitación al personal médico, se incentiva la investigación en temas relacionados con el desarrollo de los adolescentes, se favorece la creación de redes, entre instituciones, personas y agencias y se utiliza los medios de comunicación como una herramienta.	Jóvenes de 10-24 años	No.	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_colombia.htm



País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
Colombia	Programa Nacional de Educación Sexual - Educación para la Vida y el Amor	Ministerio de Educación y Viceministerio de la Juventud	Lograr un posicionamiento del tema de educación sexual en el país, concertar a los diferentes sectores de la sociedad en este tema, construir experiencias en educación sexual y desarrollar un modelo pedagógico en esta materia.	Ofrece atención integral y orientación para los adolescentes respecto a situaciones relacionadas con la violencia, discriminación e ignorancia en la vida sexual, abuso sexual, embarazo no planeado, aborto, prostitución, enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida.	Todos los niños y niñas que forman parte del sistema escolar colombiano.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_colombia.htm
Colombia	Programa Profamilia Joven	Profamilia	Este programa busca ofrecer atención integral de adolescentes y jóvenes, especialmente en temas de sexualidad, mediante servicios de información, orientación, educación, servicios y productos de salud sexual y reproductiva.	Este programa promueve los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, ofrece a los padres, maestros y personal del sector educativo asesoría y capacitación en temas relacionados con sexualidad, salud sexual y reproductiva. Adicionalmente vende materiales educativos en temas relacionados, desarrolla proyectos de formación de adolescentes para que se conviertan en multiplicadores de este programa y proporciona atención a madres y padres adolescentes.	Jóvenes entre 12-19 años de edad.	No	http://www.profamilia.com
Perú	Programa Nacional de Educación Sexual	Ministerio de Educación	Contribuir a la formación integral de los estudiantes, para que tomen decisiones responsables y saludables para su bienestar personal, familiar y social.	Este programa incorpora en el currículum de estudios del nivel primaria y secundario, temas de salud familiar y sexual, ofrece capacitación a los docentes en temas relacionados. Además, elabora y publica material educativo en estos temas.	Niños y adolescentes, alumnos de educación inicial, primaria y secundaria.	Sí	http://www.sexualidadjoven.cl/programas/programas_peru.htm

País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
Colombia	Salud sexual y reproductiva. Línea temática juventud	Fundación Antonio Restrepo Barco	Mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes de la ciudad de Villavicencio, que se encuentran en situación de vulnerabilidad.	Contribuir con conocimiento y propuestas de acciones al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de jóvenes entre los 10-19 años de la ciudad de Villavicencio, que se encuentran en situación de desplazamiento y hacinamiento.	Adolescentes entre 10-19 años de edad.	No.	
Colombia	Consulta psicológica	Corporación Vamos Mujer por la participación de la mujer popular	Este programa busca trabajar sobre la persona y sobre su forma de asumir diferentes situaciones, en la ciudad de Medellín.	El programa se lleva a cabo a través de: consulta individual y los ciclos de talleres, en las temáticas de: <ul style="list-style-type: none"> • Ética, juventud y familia. • Ética ciudadana y liderazgo juvenil. • Cuerpo y sexualidad. • Identidad femenina. • Capacitación y sensibilización de los y las funcionarias en la atención de mujeres con problemáticas de violencia intrafamiliar. • Capacitación y sensibilización de profesoras y profesores que trabajan con jóvenes, mujeres y hombres, en aspectos como ética y adolescencia, entre otras temáticas. 	Mujeres	No	http://www.comfenalcoantioquia.com/sil/programas.asp?18
Colombia	Programa de albergue para niñas madres	Cermujer	Brindar protección a niñas de escasos recursos económicos que han sido abusadas sexualmente y hoy se encuentran desprotegidas por su entorno social y familiar.	Este programa le provee a las jóvenes de un albergue y cuenta con una escuela de formación y capacitación para ellas. Además, les ofrece servicios integrales a la comunidad en orientación sexual, familiar y consulta psicológica y jurídica.	Adolescentes de bajos recursos, que han sufrido una violación sexual y pueden estar embarazadas.	No.	http://www.orientame.org.co
Colombia	Apoyo a madres solteras	Orientame	Brindar protección a jóvenes madres solteras	En convenio con las Hermanas Misericordias del Corazón de María, la mujer o adolescente	Mujeres que tengan alrededor	No.	http://www.orientame.org.co



País	Programa	Entidad	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Gubernamental	Dirección web
Colombia	Proyecto de Desarrollo Social	Oriéntame	Desarrollar programas educativos en las zonas marginales de la ciudad de Bogotá dirigidos a mujeres y jóvenes en edad reproductiva.	A través de talleres educativos con diferentes grupos de población, este programa trata de identificar las necesidades particulares en estos grupos poblacionales. Estos programas de desarrollo social se adelantan en cooperación con organizaciones estatales y privadas.	Niñas, mujeres cabeza de familia y jóvenes desescolarizados.	No	http://www.orientame.org.co
Colombia	Programa Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Oriéntame	Desarrollar actividades educativas en materia de salud sexual y reproductiva y la prevención de las enfermedades ocasionadas por hábitos inadecuados relacionados con esta.	Mediante actividades educativas, se desarrollan temas relacionados con salud sexual y reproductiva y la prevención de las enfermedades, en sectores marginales de Bogotá permitiéndoles a sus habitantes de todas las condiciones sociales y económicas, contar con una oferta permanente e innovadora en este campo. Este programa se desarrolla a través de convenios con las alcaldías locales, institutos descentralizados y otras organizaciones.	Población de sectores marginados de Bogotá.	No.	http://www.orientame.org.co

Bibliografía

Barrera, F. e Higuera, L. (2004) Embarazo y fecundidad adolescente. Fedesarrollo, Bogotá.

Cardich, R. et. al., (1993) Desde las mujeres: Visiones y circunstancias del aborto. *The Population Council y Movimientos Manuela Ramos*, Lima.

Centeno Monge, H. y Cáceres Rodas, R. (2005) La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15-24 años. El Salvador, un reto para las políticas de salud. Revista electrónica publicada por el Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, Volumen 2, Número 2, Artículo 1, <http://ccp.urc.ac.cr/revista/>

Cepal (2000) Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. CELADE-Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), Serie: Población y Desarrollo, Chile, No. 9.

Departamento Nacional de Planeación (DNP), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Universidad de los Andes (2004) Violencia en las familias colombianas. Costos socioeconómicos. Causas y efectos, Múnera Editores, Colección Justicia y Seguridad, Santa Fe de Bogotá.

Echeverry, Gonzalo (1991) Contra viento y marea. 25 años de planificación familiar en Colombia, Profamilia, Santa Fe de Bogotá.

Flórez, C. y Núñez, J. (2002) *Teenage childbearing in latin american countries*. Documentos CEDE, Centro de Estudios sobre de Desarrollo Económico, Santa Fe de Bogotá.

Gaviria, A. (2000) " Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas". Coyuntura Social, Santa Fe de Bogotá.

Guzmán, J. et. al., (2000) Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe. EAT, México.

Henning, S. (2003) La transición de la fecundidad en el mundo. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Naciones Unidas, CEPAL-Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.

López, H. (2005) ¿Cuántos son los pobres en Colombia? Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y desigualdad, Departamento Nacional de Planeación, Santa Fe de Bogotá, http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=639

Medina C., G. (1997). Adolescencia y Salud en México 1985-1997. Un Estado del Arte, Desarrollo Humano Adolescente-FLACSO sede México. http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est_Medina_AdolescenciaYSaludEnMexico_parte2.htm

Ministerio de la Protección Social (2000) Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, República de Colombia, Santa Fe de Bogotá.

Ministerio de Protección Social (2004) Circular Externa Número 00018 de 2004; República de Colombia, Santa Fe de Bogotá, http://www.anticorruptcion.gov.co/regimen_sub/circular_0018_04.doc.

Mora, M. et. al., (1995) Aborto. Factores involucrados y consecuencias, Fundación Moriah, Oriéntame, Santa Fe de Bogotá.

Núñez Rivas, H.; y Rojas Chavarría, A. (1999) Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Rev Costarric Salud Pública; 8(14):9-19, <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/22/Prevencion.htm>



Núñez, J y Espinosa, S. (2004) Asistencia social en Colombia. Diagnóstico y propuestas, mimeo, IADB.

Ordóñez, Myriam y Murad, Rocío (2002) Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil. Estudio a profundidad de la ENDE-2000, Profamilia-Fondo de Población de Naciones Unidas, Santa Fe de Bogotá.

Pantelides, E. (2003) Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Naciones Unidas, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.

Pereira, R. (2003) Bolivia: programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.

Perpétuo, I. y Rodríguez, L. (2003) Programas y políticas que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.

Prada, E. (2001) Mortalidad materna en Colombia. Evolución y estado actual, 2001; Family Care Internacional (FCI), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Santa Fe de Bogotá.

Ranse, S. (1994) "No me vas a pensar esas cosas": Actitudes y prácticas que inciden en el embarazo deseado y el aborto inseguro en Bolivia. En: Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá.

República de Nicaragua, Dirección Primer Nivel de Atención (2003) Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia, Ministerio de Salud, <http://www.bvs.org.ni/adolec/doc/Estrategias de prevención del embarazo.PDF>

Rodríguez Vignoli, J. (2005) La reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política, Naciones Unidas, CEPAL. Revista de la CEPAL 86-Agosto, Santiago de Chile.

Rodríguez Vignoli, J. (2003) La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo de transición. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Naciones Unidas, CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.

Rosero Bixby, L. (2003) La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina: la fecundidad de reemplazo y más allá. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Naciones Unidas, CEPAL-Serie Seminarios y Conferencias, Chile.

Schkolnik, S. (2003) La fecundidad en América Latina. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Naciones Unidas, CEPAL-Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.

Simmos G. (1985) "Research on the determinants of fertility". In: *Farrooq and Simmons (Eds) Fertility in Developing Countries*. Macmillan series.

Singh, S. y Wulf, D. (1990) "Adolescentes de hoy, padres de mañana". The Alan Guttmacher Institute, New York.

The Alan Guttmacher Institute (1994) "Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana". The Alan Guttmacher Institute, New York.

Universidad de Antioquia. Investigación y educación en enfermería. Vol. XIV, No. 2 septiembre 1996, <http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/consejer.html>.

Varela, C. (2003) El reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal. En: La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Naciones Unidas, CEPAL-Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.



Vargas, E. y Barrera, F. (2003) "Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: algunos factores explicativos". Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO), Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de los Andes, Documento No. 56, Santa Fe de Bogotá.

Vargas, E. et. al., (2004) "Influencia de los programas de televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes". Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO), Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de los Andes, Documento No. 82, Santa Fe de Bogotá.

Vargas, E. (2005) "Educación sexual y reproductiva en el ámbito escolar". Conferencia dirigida a rectores y orientadores de colegios públicos y privados, octubre 4, Universidad de Los Andes.

Vargas, E. (2005 a) Sexualidad... mucho más que sexo. Bogotá: Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes.

Vásquez, L (1994) "Un informe psico-socio demográfico del aborto en Cuba". En: Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá.

Waterberg, L Zamudio, L. y Rubiano, N. (1994) El aborto inducido en Colombia: condiciones demográficas y socioculturales. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, D.C.

Zamudio, L. y Pubiano, N. (1991) Las separaciones conyugales en Colombia. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá.

Vignoli, J (2000) Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Serie Población y Desarrollo, CELADE-FNUAP, Chile, No. 17.



Siglas

ALC:	América Latina y del Caribe
Aprogram:	Asociación Probienestar de la Familia de Guatemala
ARS:	Aseguradora en Riesgos Profesionales
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
CEDE:	Centro de Estudios para el Desarrollo Económico
CELADE:	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina
DNP:	Departamento Nacional de Planeación
EPS:	Entidad Promotora de Salud
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual
FNUAP:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
MEN:	Ministerio de Educación Nacional
MPS:	Ministerio de la Protección Social
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
OIJ:	Organización Iberoamericana de Juventud
ONG:	Organizaciones no Gubernamentales
POS:	Plan Obligatorio en Salud
Profamilia:	Fundación de la Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana
SGSS:	Sistema General de Seguridad Social
Sida:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
SUMI:	Seguro Universal Materno Infantil
TEF:	Tasa Total de Fecundidad
VIH/Sida:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



