

BOLETÍN 4

CONDICIONES DE VIDA PARA LA GESTACIÓN Y EL NACIMIENTO EN LA ZONA RURAL EN COLOMBIA



de cero
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

BOLETÍN 4

CONDICIONES DE VIDA PARA
LA GESTACIÓN Y EL NACIMIENTO
EN LA ZONA RURAL EN COLOMBIA



ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Boletín 4
CONDICIONES DE VIDA PARA LA GESTACIÓN
Y EL NACIMIENTO EN LA ZONA RURAL
EN COLOMBIA

COORDINACIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

COMPILACIÓN Y PRODUCCIÓN DEL TEXTO FINAL

EDICIÓN

CORRECCIÓN DE ESTILO

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

IMPRESIÓN

BOGOTÁ D.C., COLOMBIA
Marzo de 2013
ISBN 152152

Créditos de las fotografías

Carolina Turriago Borrero, pág. 25

Luisa Fernanda Juliá (Alta Consejería Presidencial para Programas Especiales)
portada, pág. 10, 17 y 19

TABLA DE CONTENIDO

Condiciones de Vida para la Gestación y el Nacimiento en la Zona Rural en Colombia... 13

Condiciones de vida en el hogar..... 14

- Gráfica 1. Pobreza y pobreza extrema en zona rural, 2002-2011 15
- Gráfica 2. Estado conyugal de las mujeres según zona, 2005-2010..... 16

Salud sexual y reproductiva 16

- Gráfica 3. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas, 1990-2010..... 18

Fecundidad 18

Atenciones básicas en salud 20

- Gráfica 4. Atención prenatal especializada, 1995-2010 21
- Gráfica 5. Cobertura de la vacuna antitetánica según zona, 1995-2010..... 22
- Tabla 1. Porcentaje de mujeres que recibió suplemento de micronutrientes en el embarazo según zona, 2005 y 2010 23

Consideraciones finales..... 24

Bibliografía 27





4

**CONDICIONES DE VIDA
PARA LA GESTACIÓN
Y EL NACIMIENTO
EN LA ZONA RURAL
EN COLOMBIA**

CONDICIONES DE VIDA PARA LA GESTACIÓN Y EL NACIMIENTO EN LA ZONA RURAL EN COLOMBIA

El cuidado y protección de la vida durante la gestación y el nacimiento son parte integral de la promoción del desarrollo de los niños y niñas en primera infancia. Para asegurarlas, es importante procurar un acceso oportuno a servicios de salud, una alimentación equilibrada y nutritiva, unas condiciones de vida dignas para la familia, y en general, un acceso a servicios de apoyo que favorezcan el desarrollo de los niños y niñas desde que están en el vientre materno.

Si bien el Estado se esfuerza por cumplir con estas responsabilidades, no siempre logra hacerlo de igual manera para toda la población, debido a que la diferencia de condiciones de vida exige intervenciones específicas que no siempre se desarrollan. Tal es el caso de las personas que habitan en zona rural, cuyas particularidades exigen un tratamiento diferenciado con respecto a la zona urbana que actualmente no se lleva a cabo, y que por ende genera rezagos en el acceso importantes de considerar.

Para mostrar esta situación, se revisan a continuación algunas cifras de condiciones de vida en el hogar, acceso a orientación en salud sexual y reproductiva, evolución de la fecundidad y cobertura de las atenciones básicas en salud en la zona rural, con el fin de identificar las características particulares que presenta esta población y las brechas de atención existentes con respecto a la zona urbana. Se hace énfasis en el periodo de preconcepción, gestación y nacimiento, debido a su gran importancia para la promoción del desarrollo y a que históricamente ésta ha sido la etapa en la que se han evidenciado más rezagos de atención en la zona rural. En este sentido, el propósito es observar el comportamiento de las diferencias de condiciones para la atención en esta etapa entre la zona rural y urbana en los últimos años, y proyectar algunas recomendaciones para la acción futura.

Condiciones de vida en el hogar

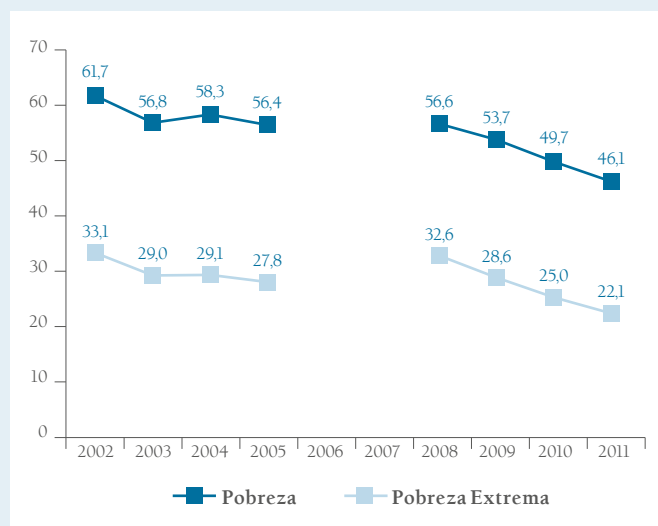
De acuerdo con el DANE¹, la mitad de la población en zona rural se encuentra actualmente en situación de pobreza (46,1%), y una de cada cinco personas (22,1%) alcanza la pobreza extrema. Ambas cifras son superiores al promedio nacional, que se ubica en un 34,1% de pobreza y 10,6% de pobreza extrema, y también están por encima de la zona urbana, donde la pobreza es de 30,3% la pobreza extrema de 7%. No obstante, hay que destacar que la pobreza rural se ha reducido en más de 15% entre 2002 y 2011, al tiempo que la pobreza extrema registró un extraordinario descenso de 10,5% entre el 2008 y el 2011 (ver [Gráfica 1](#)), hechos que implican una reducción significativa de la brecha existente con la zona urbana en los últimos diez años, pese a que la diferencia entre ambas zonas persiste.

A pesar de la mayor pobreza, los hogares rurales presentan características más favorables para el cuidado de los niños y niñas más pequeños, con respecto a la zona urbana y el agregado nacional. Por un lado, si bien la zona rural tiene hogares de tamaño promedio (3,9 personas por hogar) un poco mayores que la zona urbana (3,7 personas) y que el promedio nacional (3,8 personas), allí se ha registrado una reducción del indicador en 0,5 unidades entre 2005 y 2010, que resulta mayor que la reducción de 0,3 unidades en la urbana y de 0,2 en el promedio nacional), y que refleja el mayor control de la natalidad y la mayor efectividad de las medidas que se han tomado para limitar el tamaño de los hogares.

Por otro lado, en la zona rural hay un mayor porcentaje de hogares nucleares completos, con un 38,5% frente a 34,3% de la zona urbana, al igual que una mayor proporción de niños y niñas que viven con ambos padres, que es de 61,3% frente a 54,1%. Asimismo, la participación de los hogares con jefatura femenina en zona rural (25,4%) es menor que en la zona urbana (36,7%) y el total nacional (34%), lo cual sugiere que allí reside un mayor porcentaje de hogares con jefatura compartida.

1 DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2011). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2011, Boletín de prensa.

Gráfica 1. Pobreza y pobreza extrema en zona rural, 2002-2011



Fuente: DANE, cálculos con base en la Encuesta Continua de Hogares (ECH) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

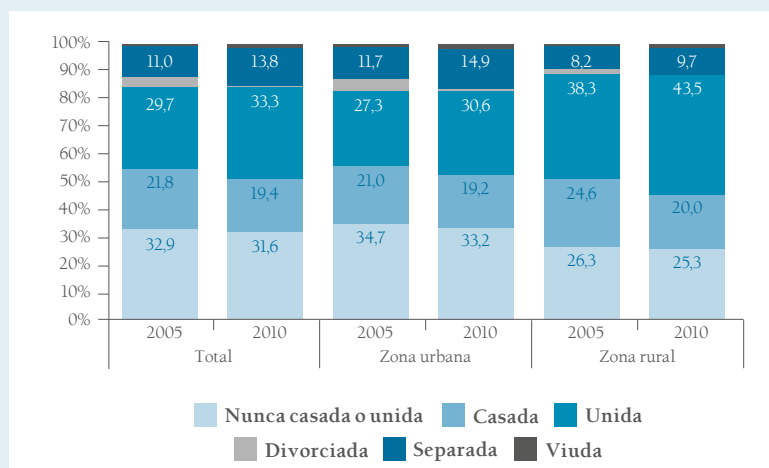
Esto se refuerza con el mayor porcentaje de mujeres casadas y en unión libre, y el menor porcentaje de mujeres separadas o solteras que viven en la zona rural con respecto a la urbana (ver [Gráfica 2](#)). Igualmente, con el hecho de que sólo una de cada 3 mujeres rurales en edad de trabajar está ocupada (35,6%), mientras que en las ciudades y en el total nacional esto pasa con una de cada dos mujeres (50,1%).

Como en la zona rural no es tan acentuado el predominio de la jefatura femenina ni de la participación de la mujer en el mercado laboral, se presenta un menor porcentaje de recurrencia a la familia extensa para el cuidado de los niños y niñas (44,1% frente a 49,9% en zona urbana), al igual que una mayor participación de las madres en la crianza y el cuidado en el hogar.

En suma, estos elementos muestran que la mayor reducción de la pobreza y del tamaño de los hogares, la mayor proporción de hogares nucleares y la mayor permanencia de los niños y niñas con ambos padres, constituyen condiciones favorables para extender los programas

de atención integral y promoción del desarrollo a partir de la atención familiar, los cuales tienen una alta potencialidad de ser efectivos y duraderos debido a las tendencias de conformación familiar.

Gráfica 2. Estado conyugal de las mujeres según zona, 2005-2010



Fuente: ENDS 2005 y 2010. Capítulo 7.

Salud sexual y reproductiva

La orientación en temas de salud sexual y reproductiva en la zona rural ha mostrado un gran avance en los últimos años, aunque aún se observan rezagos con respecto a la zona urbana. Por un lado, las mujeres rurales presentan menos participación en actividades de educación sexual (70%) que en la zona urbana (83%) y el total nacional (80,1%), a la vez que muestran menos disposición a diálogos informales sobre el tema, dado que sólo un 50,2% de mujeres rurales hablan informalmente sobre sexualidad con personas cercanas a su cotidianidad, mientras que en zona urbana lo hace el 65,1% y en el promedio nacional el 61,8%. Por otro lado, presentan menos acceso a información sobre el tema a través de medios de comunicación social, con un 40,8% frente a 53,7% en zona urbana y 50,8% en el total nacional, y se expresan más inconformes frente a la utilidad de la información recibida, con un

2,2% frente a 1,9% en zona urbana y 2% en el total nacional.

No obstante, el conocimiento y empleo de métodos anticonceptivos entre la zona rural y la urbana no presenta diferencias significativas actualmente, debido al notable crecimiento que presenta este indicador en la zona rural. El uso actual de anticonceptivos por mujeres casadas o unidas aumentó en 20% entre 1990 y 2010 en zona rural, de modo que se ubica actualmente en 79%, prácticamente al mismo nivel que la zona urbana y el promedio general (ver Gráfica 3). De la misma forma, el uso actual de métodos modernos de planificación (72,9%) se encuentra al mismo nivel que la zona urbana (73,2%) y el promedio general (72,9%), de manera que se puede afirmar que en este aspecto no hay brechas.

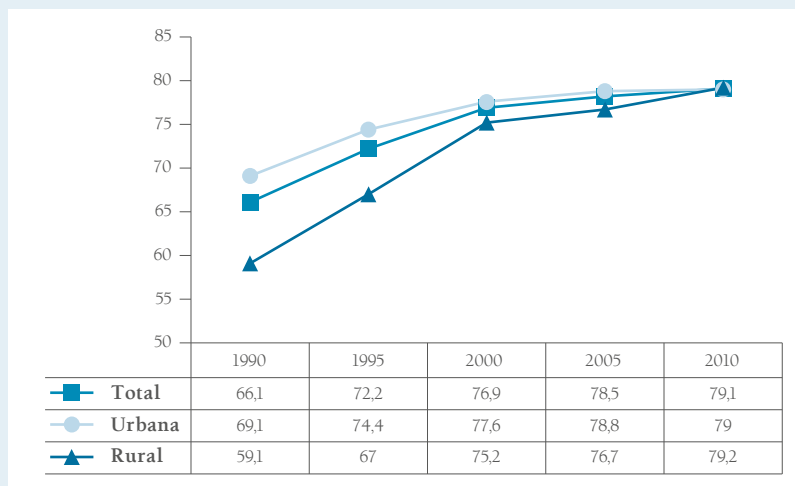


Por otra parte, el inicio del uso de métodos anticonceptivos es más tardío en la zona rural que en la urbana. Solamente 2 de cada 5 mujeres (40,5%) comienza a usarlos antes de tener su primer hijo, mientras que en la zona urbana esto sucede con la mitad de las mujeres (50,5%). También la zona rural presenta un menor porcentaje de embarazos deseados en el momento en que se dieron (44,7%) con respecto a la zona urbana (49%), así como una menor proporción de embarazos deseados más tarde con 27,5% en zona rural frente a 29,8% en zona urbana. Esto significa que hay una mayor proporción de embarazos no deseados en la zona rural (27,8%) que en la urbana (21,2%), por lo cual las mujeres rurales terminan teniendo en promedio 1 hijo más que los deseados, mientras que en el área urbana esta diferencia es de 0,5 hijos. También es mayor el deseo de no tener más hijos en la zona rural (72,8%) que en la urbana (69,2%) y el promedio general (70%), lo cual sugiere que el notable crecimiento observado en el uso de métodos anticonceptivos (ver Gráfica 3), puede estar motivado por la intención de limitar los nacimientos.

Todo lo anterior se traduce en un mayor porcentaje de Necesidades

Insatisfechas de Planificación Familiar (NIPF)² para la zona rural con un 8,2%, mientras que en la zona urbana es de 6,6% y en el promedio general de 7%. Esta situación exige una mayor penetración de los servicios de atención y orientación en salud sexual y reproductiva en las zonas rurales del país, con el fin de atender oportunamente las necesidades de acceso a métodos de planificación familiar, y así continuar favoreciendo la disminución de la natalidad que se ha dado en esta zona.

Gráfica 3. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas, 1990-2010



Fuente: ENDS 2010, Capítulo 6.

Fecundidad

Aunque la fecundidad en zona rural es mayor en casi un hijo a la de la zona urbana (2,8 y 2,0 hijos, respectivamente), el descenso sostenido que se observa entre 2005 y 2010, es mucho más amplio en la zona rural (0,6

² Este indicador resulta de combinar el porcentaje de mujeres casadas o unidas que no usan métodos anticonceptivos pero desean no tener más hijos (limitar) o quererlos más tarde (espaciar), junto con las circunstancias de embarazos no deseados (limitar) o planeados más tarde (espaciar). Expresa el porcentaje de acceso a métodos anticonceptivos que se requiere para igualar la fecundidad actual a la deseada.

hijos menos) que en la zona urbana (0,1 hijos menos), hecho que sugiere que el comportamiento de la fecundidad en ambas zonas está tendiendo a equipararse. Esto se complementa con la gran disminución que presenta la proporción de mujeres actualmente embarazadas, que pasó de 5,7% a 4,2% entre 2005 y 2010, al igual que del promedio de hijos por mujer que pasó de 3,4 a 2,8 hijos, el cual es mucho más marcado en la zona rural que en la zona urbana, donde el primer indicador pasó de 3,7% a 3,3% y el segundo de 2,1 a 2,0 en zona urbana, mientras que en el total general los cambios fueron de 4,2% a 3,5% y de 2,4 a 2,1.



No obstante, una situación preocupante es que el inicio de la actividad sexual en la adolescencia es más acentuado en la zona rural que en el promedio nacional y la zona urbana. Por un lado, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en zona rural es de 17,5 años, la cual es menor que en la zona urbana, donde es 18,1 años, al tiempo que es mayor el porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, con un 16,7% en zona rural frente a 12,8% en zona urbana, y antes de los 18 años, con 66,3% frente a 59,8% en zona urbana. Por otro lado, es menor la edad promedio a la primera unión conyugal en la zona rural, que es de 19,8 años frente a 22,1 en zona urbana, y también se observa un mayor porcentaje de mujeres que

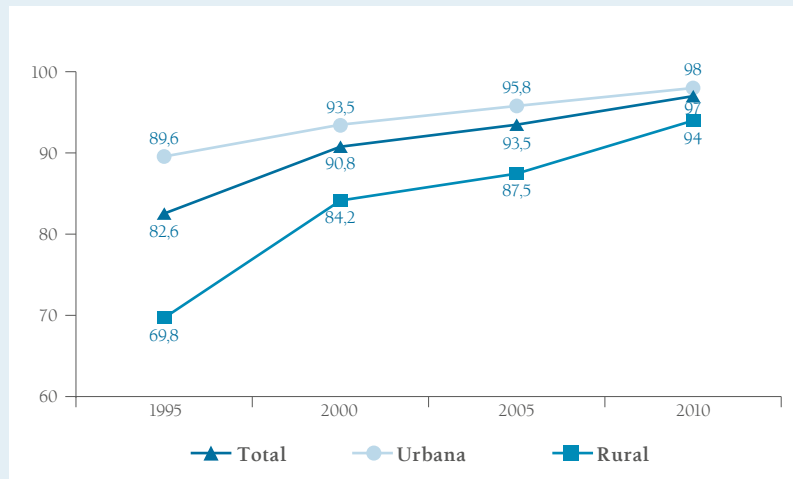
constituyen uniones conyugales antes de los 15 años con 9,0% en zona rural frente a 4,7% en zona urbana, y antes de los 18 años con 34,0% en zona rural frente a 21,4% en zona urbana.

Adicionalmente, es menor el porcentaje de adolescentes que empieza a usar métodos anticonceptivos sin tener hijos en la zona rural con 81,7%, frente a la zona urbana que es de 89,4%, e igualmente es inferior el porcentaje de mujeres que manifiesta haber usado condón en su primera relación sexual, con un 40,5% en zona rural, frente a 54,6% en la zona urbana. Esto se traduce en últimas en una proporción mucho mayor de madres adolescentes en la zona rural, donde es de 26,7%, con respecto a la urbana, que muestra un 17,3%; e incluso es más amplio que el promedio general, ubicado en 19,5%. Esta situación exige que las acciones del Estado dirigidas a evitar el crecimiento del embarazo adolescente deban tener un mayor énfasis en la zona rural, dada la mayor exposición de las adolescentes rurales a esta situación.

Atenciones básicas en salud

La población rural exhibe mayores dificultades para el acceso a servicios de salud durante la gestación y el nacimiento, que aquella que habita en zona urbana. En términos de atención médica prenatal, el porcentaje de atención por personal médico especializado es menor en zona rural con 94%, que en la urbana con 98%, lo cual implica a su vez que allí hay una mayor proporción de mujeres que no han recibido ningún tipo de atención prenatal con 5,9% frente a 2% en zona urbana. A pesar de ello, cabe resaltar que el cuidado prenatal por parte de médico o enfermera en la zona rural ha aumentado en forma permanente en los últimos 15 años, de modo que la brecha con la zona urbana se ha reducido de 20% en 1990 a solo 4% en 2010 (ver [Gráfica 4](#)).

Igualmente, el promedio de la primera visita prenatal en zona rural se ubica en cerca de 3,0 meses de embarazo y sólo un 67,4% manifiesta haberla recibido antes de los 4 meses, mientras que en la zona urbana la primera visita se recibe en promedio a los 2,6 meses de embarazo y un 80,4% de las madres la recibe antes de los 4 meses.

Gráfica 4. Atención prenatal especializada, 1995-2010

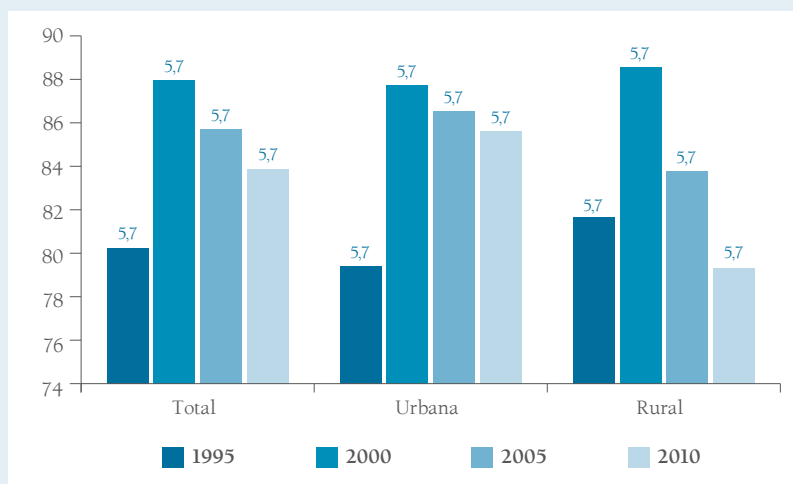
Fuente: ENDS 2010, Capítulo 10.

Estos valores indican que en la zona rural no se logra captar tempranamente a las madres gestantes para el control prenatal, lo cual puede significar un riesgo para la detección de enfermedades, anomalías y otras complicaciones que se pueden presentar en la gestación, y que se pueden atender con mayor eficacia durante su primer trimestre.

Además de lo anterior, la zona rural registra un porcentaje menor de aplicación de la vacuna antitetánica (79,2%) con respecto a la zona urbana (85,4%) y el promedio general (83,7%), por lo cual el porcentaje de no aplicación es mucho mayor en esta zona, con un 14,1%, frente a un 7,8% de la zona urbana y 9,4% del promedio general. Cabe resaltar que la aplicación de esta vacuna ha disminuido en general en todo el país en los últimos 10 años, con un mayor acento en la zona rural, de manera que la reducción alcanza los 9 puntos porcentuales mientras que es de apenas 2 puntos en la zona urbana y 4 puntos en el promedio general (ver [Gráfica 5](#)).

La zona rural también se muestra rezagada frente a la urbana y al promedio general en el consumo de hierro, calcio y ácido fólico durante la gestación, minerales que son esenciales para prevenir altera-

Gráfica 5. Cobertura de la vacuna antitetánica según zona, 1995-2010



Fuente: ENDS 2010, Capítulo 10.

ciones en el desarrollo de los niños y niñas que son ocasionadas por la deficiencia de micronutrientes. Pese a que el porcentaje de consumo de estos suplementos creció entre 2005 y 2010 con más intensidad en la zona rural que en la zona urbana y el agregado nacional, aún se encuentra por debajo de ambos valores, de modo que actualmente sólo el 82,9% de mujeres gestantes recibe suplemento de hierro, el 79% ácido fólico y el 74,6% calcio en la zona rural, mientras que en la zona urbana y el promedio nacional estos valores son superiores hasta en un 7% (ver [Tabla 1](#)).

Por último, la zona rural también presenta un menor porcentaje de atención del parto en establecimientos de salud y de asistencia del mismo por parte de personal especializado. Para el lugar del parto, la ENDS estima que el 87,5% de nacimientos en zona rural fueron atendidos en instituciones de salud, muy por debajo del 98,4% registrado para la zona urbana y el 95,4% del total general. Sobresale que el 12,1% de los partos en zona rural ocurrió en la casa, proporción que es cercana al triple del agregado para el país, que es de apenas 4,3%.

Con respecto a la persona que atendió el parto, el 86,2% de los

Tabla 1. Porcentaje de mujeres que recibió suplemento de micronutrientes en el embarazo según zona, 2005 y 2010

	2005			2010		
	% Recibió hierro	% Recibió ácido fólico	% Recibió calcio	% Recibió hierro	% Recibió ácido fólico	% Recibió calcio
Total Nacional	75,9	54,9	53,0	86,8	84,5	79,2
Zona Urbana	80,0	58,8	57,3	88,2	86,4	80,9
Zona Rural	65,3	45,1	42,0	82,9	79,0	74,6

Fuente: ENDS 2005, Capítulo 11 y ENDS 2010, Capítulo 11.

nacimientos en zona rural recibió asistencia profesional por parte de médico (82,2%) o enfermera (4%), porcentaje que es menor en más de 10% que el resultado para la zona urbana, que es de 98,2% de partos atendidos de forma profesional, y para el promedio general, que es de 94,8%. No obstante, vale la pena resaltar que la atención del parto ofrecida por médicos en zona rural se ha incrementado en 10% entre 2005 y 2010, y que se ha reducido la atención dada por parteras de 14,3% a 7,9%, por enfermeras de 5,6% a 4%, y por parientes u otras personas de 8,1% a 5,3%, de manera que también ha descendido el porcentaje de no atención del parto de 0,8% a 0,6%.

Estas situaciones de riesgo se traducen en últimas en una mayor prevalencia de la mortalidad materna en la zona rural con respecto a la urbana. Según estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social con base en las Estadísticas Vitales de 2010, la tasa actual de mortalidad materna se calcula por encima de 90 muertes por cada 100.000 nacimientos en la zona rural, mientras que en el promedio nacional se ubica en 74 muertes por 100.000 nacimientos³. De acuerdo con esta entidad, las principales causas asociadas a la mortalidad materna son los trastornos hipertensivos, las infecciones y las hemorragias, por lo cual su mitigación está directamente asociada con la garantía de la

³ Ministerio de la Protección Social (2010). *Evaluación de impacto de las estrategias desarrolladas en el nivel nacional y regional para la reducción de la mortalidad materna en el país, en el marco del SGSSS*.

atención en salud para la mujer gestante y su familia. En consecuencia, es necesario corregir las desventajas en el acceso oportuno a los servicios de salud por parte de la población rural, para así mismo disminuir el impacto y la prevalencia de los riesgos para la vida de los niños y niñas durante la gestación y el nacimiento.

Consideraciones finales

Es imperativo adelantar iniciativas que permitan ampliar la cobertura de servicios básicos de salud para la población rural en la preconcepción, la gestación y el nacimiento, a fin de reducir las desventajas en que se encuentra con respecto a la población urbana. En particular, se debe hacer el llamado a que medidas como la Atención Primaria en Salud o el Esquema de Atención para los Primeros Mil Días de Vida en el marco de la Estrategia “De Cero a Siempre”, privilegien su cobertura en la zona rural, de modo que puedan llevarse los servicios de salud a la residencia de las personas, dadas las dificultades de acceso y las limitaciones que en general presenta actualmente esta población. Igualmente es urgente fortalecer la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, toda vez que en la zona rural se presentan rezagos en la planificación familiar con respecto a la urbana, aunque hay que reconocer los importantes avances que se han logrado en este tema en los últimos 20 años.

Una oportunidad que se puede aprovechar para fortalecer la prestación de servicios en esta zona, la constituye la conformación familiar predominantemente nuclear, en tanto ello permite adelantar acciones en el seno de la familia con una gran perspectiva de sostenibilidad, debido a la mayor permanencia de los padres y madres con los niños y las niñas. De esta manera, la extensión de la atención en modalidades familiares puede representar una opción estratégica para la extensión de los servicios dirigidos a esta población relacionados con la promoción de la salud, la nutrición, el bienestar de las madres gestantes y lactantes, y en general el desarrollo infantil desde la vida intrauterina. El llamado también se extiende a las entidades



territoriales, para que a través de los recursos asignados al sector salud y otras inversiones relacionadas, permitan mejorar el acceso de esta población a los servicios básicos, y de esta forma contribuyan a mejorar sus condiciones de vida.

Queda el reto de continuar avanzando en la superación de las desigualdades existentes entre la zona rural y urbana en lo correspondiente a los servicios básicos de salud, que si bien se han venido reduciendo en las últimas dos décadas, aún persisten y requieren de acciones que contribuyan con su eliminación definitiva. En esta medida, se esperaría que la implementación de esquemas flexibles y móviles de atención en salud contribuya en gran medida con la superación de esta diferencias en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- BOTERO QUERUBÍN, MARIA CARMEN AND COLLAZOS ALDANA, JAIME (2011). *Guideline for a differential approach to the effective enjoyment of the rights of displaced persons with disabilities in Colombia*. Bogotá: Ministry of Social Protection, Office of United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), pp. 27-29.
- BRUNER, JEROME (1984). *Action, Thought and Language*. Madrid: Alianza Editorial.
- CASTAÑEDA, ELSA AND CACERES, ASTRID (2012). *Contributions to the exercise of pedagogical proposals in the framework of an inclusive early education on rights-based approach*. Bogotá: Ministry of Education.
- CILLERO BRUNOL, MIGUEL (1999, November). The interests of the child under the International Convention on the Rights of the Child. In: *Justice and Rights of the Child*, No. 1. Santiago de Chile: United Nations Fund for Children, Area Office for Argentina, Chile and Uruguay, Ministry of Justice.
- CERDA, HUGO (1996). *Preschool Education. History, legislation, curricula and socioeconomic reality*. Bogotá: Magisterium.
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1946). Organic Law 83 of 1946, Child Advocacy. Bogota: Official Journal N° 26,363, of February 24, 1947. Available at: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0083_1946.html
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1991). Political Constitution, Bogotá.
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1994, June 2). Law 136. “By which rules are established aimed at modernizing the organization and functioning of municipalities.” Bogota: Official Gazette No. 41,377. Available at: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley_0136_1994.html

de cero a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA



Presidencia de la República



Presidencia de la República

Alta Consejería Presidencial para
Programas Especiales



MinCultura

Ministerio de Cultura



MinEducación

Ministerio de Educación Nacional



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social



**BIENESTAR
FAMILIAR**



DPS

DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL

