

BOLETÍN 2

EL AUMENTO DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN COLOMBIA



de cero
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

BOLETÍN 2

EL AUMENTO DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN COLOMBIA



ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Boletín 2
EL AUMENTO DEL EMBARAZO
DE ADOLESCENTES 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

Candelaria Martínez

(Convenio 442 de 2012 para Atención Integral a la Primera Infancia), pág. 15

Carolina Turriago Borrero, pág. 28

Equipo del Ministerio de Salud, pág. 16

Equipo de la Presidencia, pág. 21

Linda Flor Salazar (Convenio 442 de 2012 para Atención Integral a la Primera Infancia),
pág. 24

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

TABLA DE CONTENIDO

El Aumento del Embarazo de Adolescentes en Colombia	13
---	----

Fecundidad y natalidad en adolescentes..... 16

- **Tabla 1.** Tasa de natalidad entre las adolescentes en América Latina (por mil mujeres) – países seleccionados, 2000-2009. 20
- **Gráfica 1.** Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas, 1990-2010 21
- **Gráfica 2.** Porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas por departamento, 2005 y 2010 22
- **Gráfica 3.** Porcentaje de nacimientos en mujeres de 10 a 19 años por departamento, 2010. 24

Uso de anticonceptivos y educación sexual..... 25

- **Gráfica 4.** Temas de educación sexual sobre los cuales las mujeres de 15-24 años han recibido información, 2010. 29

Bibliografía	33
--------------------	----



de a 5ie

ATENCIÓN INTEGRAL

... el pollo, el buey del...

... el pollo, el buey del...



2

EL AUMENTO DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN COLOMBIA

EL AUMENTO DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN COLOMBIA

El embarazo a temprana edad constituye un riesgo para la protección de la vida y la salud de los niños, las niñas y sus madres, antes, durante y después del nacimiento. Dado que el cuerpo de la mujer pasa por importantes transformaciones funcionales durante la adolescencia, la gestación en esta etapa puede ocasionar varias complicaciones de salud para la madre y el bebé, debido al pronunciado esfuerzo fisiológico que exige sostener ambos procesos. Es así como se incrementa la probabilidad de dificultades como: hipertensión (preeclampsia), placenta previa, anemia materna, bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, malformaciones congénitas y otras circunstancias durante el embarazo y el nacimiento, que representan un riesgo tanto para la vida y el desarrollo del bebé, como para la salud y bienestar de la madre. Además, debido a la etapa de crecimiento en que se encuentra el cuerpo de la adolescente y a la inmadurez del cuello uterino para resistir un parto natural, hay una mayor probabilidad de recurrir a intervenciones quirúrgicas (cesárea) al momento del nacimiento, lo cual implica asumir, adicionalmente, los riesgos ligados a este tipo de procedimientos.

Más allá del ámbito de la salud, el embarazo en las adolescentes también implica desequilibrios en su bienestar y desajustes en sus expectativas de vida. Por un lado, es la causa de la mitad de los casos de abandono escolar según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar¹, además de asociarse a situaciones de discriminación en el contexto educativo y otros ámbitos sociales. Por otro lado, implica una mayor probabilidad de asumir condiciones de subempleo, inestabilidad laboral, informalidad y otras formas precarias de inserción productiva, que dificultan la situación económica de los y las adolescentes para afrontar

¹ La Encuesta Nacional de Deserción Escolar (ENDE) fue aplicada por el Ministerio de Educación Nacional en 2011 con el fin de identificar los factores asociados a la permanencia y deserción de los estudiantes de las instituciones educativas oficiales del país. Sus resultados pueden ser consultados en la página web www.mineduccion.gov.co.

el sostenimiento de un niño o niña². Finalmente, se asocia a tensiones familiares y emocionales relacionadas con la reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida, que ponen en riesgo la crianza de los niños y niñas durante sus primeros años, y pueden llegar a perjudicar principalmente su desarrollo social y emocional.

Debido a lo anterior, es de importancia para el país revisar la situación actual de la gestación a temprana edad, con el fin de identificar las principales acciones que se requieren para reducir su incidencia, y de este modo propender por la protección de la vida de los niños y niñas en la primera infancia, y el bienestar de las posibles madres y padres en la adolescencia. Para ello, se abordan a continuación las tendencias actuales en la fecundidad y natalidad entre las adolescentes, así como los indicadores sobre el uso de métodos anticonceptivos y las características de la educación sexual, con el fin de analizar la consistencia entre ambos factores, y a partir de allí sugerir posibles acciones dirigidas a reducir la magnitud de este fenómeno.

Fecundidad y natalidad en adolescentes

A pesar de lo complejo que resulta el embarazo en la adolescencia, varios hechos apuntan a mostrar que está impactando los patrones globales de fecundidad del país. En primer lugar, el análisis histórico de la fecundidad realizado por el DANE con ocasión del Censo General 2005, muestra que la edad media de la fecundidad ha disminuido de 27,23 años en el quinquenio 1985-1990, a 26,63 años en el periodo 2000-2005, “lo que demuestra que las mujeres han reducido, en promedio, la edad para tener sus hijos”³. Además, “al analizar la estructura de la fecundidad para los años 1993 y 2005, su descenso en Colombia de los últimos doce años se encuentra explicado por

2 Véase el Documento Conpes Social 147 de 2012, que establece los *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*, para consultar datos complementarios al respecto.

3 DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020*. Estudios Post censales No 7, p. 8.



la reducción de la participación de las mujeres mayores de 20 años, *mientras que la contribución del grupo de 15 a 19 se ha incrementado un 19,4%*⁴. Lo anterior implica que la menor edad promedio de reproducción que se presenta en el país, se explica en buena parte por el aumento de la participación de los nacimientos en adolescentes en los niveles globales de fecundidad.

En segundo lugar, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS⁵ revela que la actividad sexual tiende a iniciarse a una edad cada vez más temprana. Por un lado, la edad promedio a la primera relación sexual declinó de 18,3 años en 2005 a 18,0 en 2010, lo cual

4 *Ibidem.* p. 9, cursivas añadidas.

5 La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2010 fue realizada con el apoyo de Profamilia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, el Ministerio de la Protección Social y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – USAID. Sus resultados pueden ser consultados en la página web www.profamilia.org.co.

es prácticamente el límite entre la adolescencia y la mayoría de edad. La encuesta muestra además que las relaciones sexuales ocurren más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años), con más bajo nivel de riqueza (17,1 años) y habitantes de áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años), altos niveles de riqueza (18,7 años) o viven en zona urbana (18,1 años). En departamentos como Caquetá, Chocó y en las regiones de la Orinoquía y Amazonía, las mujeres inician sus relaciones sexuales incluso a una edad promedio entre los 16 y 17 años.



Por otro lado, el porcentaje de mujeres que tiene su primera relación sexual antes de la mayoría de edad creció de 46,2% a 50,3% entre 2005 y 2010, lo cual significa que actualmente una de cada dos mujeres inicia su actividad sexual en la adolescencia. Otra muestra de ello es que según la encuesta, el 13,6% de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, el 61,1% (o sea, 3 de cada 5 mujeres) antes de los 18 años, y el 82% (o sea, 4 de cada 5 mujeres) antes de los 20 años. En la misma línea, se observa que el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que afirma nunca haber tenido relaciones sexuales disminuyó de 56,2% en 2005 a 50% en 2010, lo cual se observa tanto en zona rural (de 54,3% a 49,5%), como en zona urbana (de 56,8% a 50,2%).

En tercer lugar, la ENDS muestra que las uniones conyugales se establecen a edades cada vez menores. Esto se refleja tanto en el descenso de la edad promedio a la primera unión conyugal, que pasó de 21,7 años a 21,5 entre 2005 y 2010, como en el aumento del porcentaje de mujeres que se unieron por primera vez antes de cumplir los 15 años, que pasó de 4,7% a 5,6%, y antes de cumplir los 18 años, que pasó de 22,1% a 24,3%.

La zona rural presenta una edad promedio a la primera unión conyugal de 19,8 años, menor que en la zona urbana, ubicada en 22,1 años. Además, el porcentaje de mujeres que se unen conyugalmente antes de los 15 años en la zona rural (9,0%) duplica al de la zona urbana (4,7%), y el porcentaje de quienes lo hacen antes de los 18 años (34,0%), es mayor en más de 10% al de las ciudades (21,4%). En ambas zonas, la edad promedio a la primera unión conyugal ha descendido con respecto a 2005 (20 años en rural y 22,3 años en urbana), y a su vez, son mayores los porcentajes de mujeres unidas antes de los 15 años (8,5% rural y 3,6% urbana) y 18 años (32,6% rural y 19,4% urbana). Estos hechos muestran que tanto en la zona rural como en la urbana, se ha venido aumentando desde 2005 la proporción de uniones conyugales conformadas en la adolescencia.

En cuarto y último lugar, se observa un aumento sostenido de los nacimientos en la población adolescente, pese a que en el último quinquenio se registra un leve descenso. De una parte, la tasa específica de fecundidad para las mujeres menores de 20 años, calculada por la ENDS, creció de 70 nacimientos por cada mil mujeres en 1990, a 90 en 2005. Aunque la fecundidad en este grupo poblacional disminuyó a 84 nacimientos por cada mil mujeres en 2010, su valor es mayor al del total de mujeres en edad reproductiva para este año, que se ubica en 74 nacimientos por cada mil mujeres.

En comparación con el resto de América Latina, el nivel de fecundidad de las adolescentes en Colombia es apenas inferior al de México (86,7 nacimientos por cada mil mujeres en 2008) y Venezuela (101 en 2007), mientras que supera los niveles de todos los demás países que cuentan con datos actualizados a 2005 (ver Tabla 1). Además, Colom-

bia, Argentina, Venezuela y Perú son los únicos países que registran un aumento de la fecundidad en adolescentes desde el año 2000, de modo que Colombia no sólo presenta una de las tasas más altas del continente, sino que además contraviene la tendencia descendente que se viene presentando en la mayor parte de la región.

Tabla 1. Tasa de natalidad entre las adolescentes en América Latina (por mil mujeres) – países seleccionados, 2000-2009

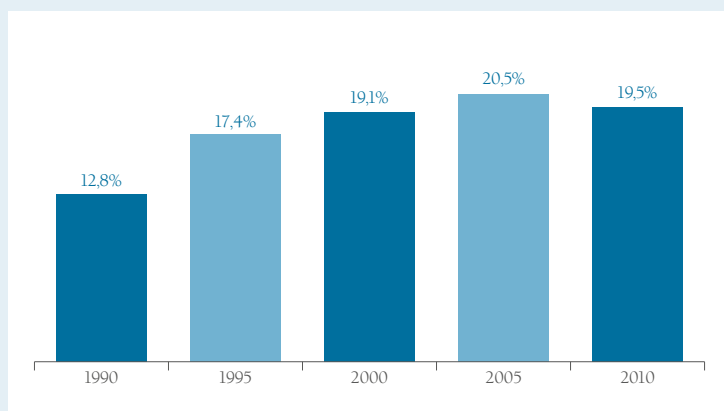
País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009/a
Argentina/a	64,7	61,0	61,5	57,5	63,7	63,8	63,0	64,5	67,4	68,2
Brasil/c, d	90,7	86,6	83,5	80,7	-	79,8	78,4	77,2	71,4	-
Chile/a	60,3	57,9	53,4	48,5	-	48,8	50,6	52,6	54,0	-
Colombia/b	80,6	-	91,9	-	-	96,2	-	85,1	-	-
Costa Rica/a	83,7	75,6	69,0	69,3	67,9	-	63,2	65,4	69,1	67,3
Cuba/a	49,5	48,6	48,1	46,1	45,0	42,9	40,6	42,9	49,0	51,0
El Salvador/a	-	89,1	81,1	76,2	-	69,8	64,5	64,8	-	-
Guatemala/a	120,0	/b	-	99,8	/b	99,6	-	92,1	-	-
México/a	91,2	91,1	88,8	85,3	85,8	84,0	80,3	86,7	87,4	-
Panamá/a	89,5	89,3	/b	80,6	79,9	84,9	/b	80,2	81,1	83,0
Perú/b	-	59,0	61,0	61,0	-	64,0	-	69,0	72,0	-
Suriname/a	60,3	/b	71,8	73,4	62,5	62,7	58,5	60,1	65,8	-
Uruguay/a	67,0	68,4	67,3	62,1	60,4	61,5	62,0	59,7	-	-
Venezuela/a	92,0	86,7	80,4	92,1	/b	91,7	/b	109,0	107,0	101,0

Fuente: División de Estadística de las Naciones Unidas (DENU). Base de datos de indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Información revisada al 23 de octubre de 2012.

Notas: /a Cifra producida y provista por el país, pero ajustada por la agencia internacional para cumplir con los estándares, definiciones y clasificaciones acordadas internacionalmente (edad, grupo, CINE, etc.). /b Cifra ajustada por el país con el fin de hacerla coincidir con los estándares internacionales. /c Cifra estimada por la agencia internacional debido a datos no disponibles, múltiples fuentes de información o cuestionamientos a su calidad en el país respectivo; las estimaciones están basadas en datos nacionales como encuestas o registros administrativos u otras fuentes de información. /d Estimaciones basadas en datos del registro civil de los estados federales con más de 90 por ciento de los nacimientos registrados y las estimaciones de censos y encuestas para las entidades federativas con el registro de nacimiento incompleto; estadísticas nacionales.

De otra parte, el porcentaje de madres adolescentes que estima la ENDS se ha incrementado en 6,7% entre 1990 y 2010, aunque se redujo en un punto porcentual en el último quinquenio (ver [Gráfica 1](#)). Actualmente, una de cada 5 mujeres (19,5%) de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada, lo cual es más acentuado entre las mujeres de zona rural (26,7%), sin educación (55%, sin ponderar), con sólo educación primaria (46,5%) y de menor nivel de riqueza (29,5%), que en aquellas que habitan en la zona urbana (17,3%), tienen educación superior (10,5%) o están en el mayor nivel de riqueza (7,4%). De acuerdo con el Documento Conpes 147 de 2012, que establece los *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*: “En todos los casos, se mantienen las diferencias urbano/rural y las diferencias entre las mujeres sin educación y las más educadas; de tal manera que se aprecia un crecimiento en las tasas de embarazo adolescente en todos los niveles educativos” (p. 9).

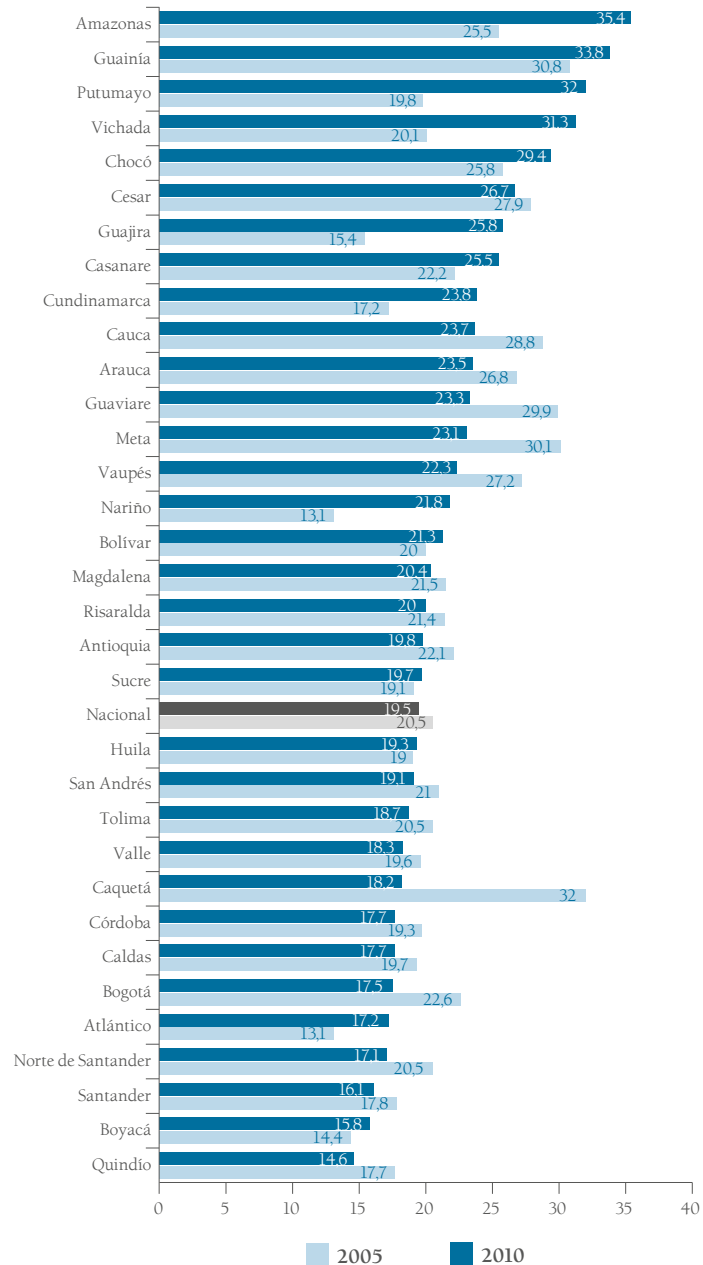
Gráfica 1. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas, 1990-2010



Fuente: ENDS 2010, Informe de prensa, p. 19.

Los datos de la ENDS por departamento muestran que los mayores niveles de madres adolescentes están en Amazonas con 35,4%, Guainía con 33,8%, Putumayo con 32,0%, Vichada con 31,3% y Chocó

Gráfica 2. Porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas por departamento, 2005 y 2010



Fuente: ENDS 2010, Informe de prensa, pp. 20.

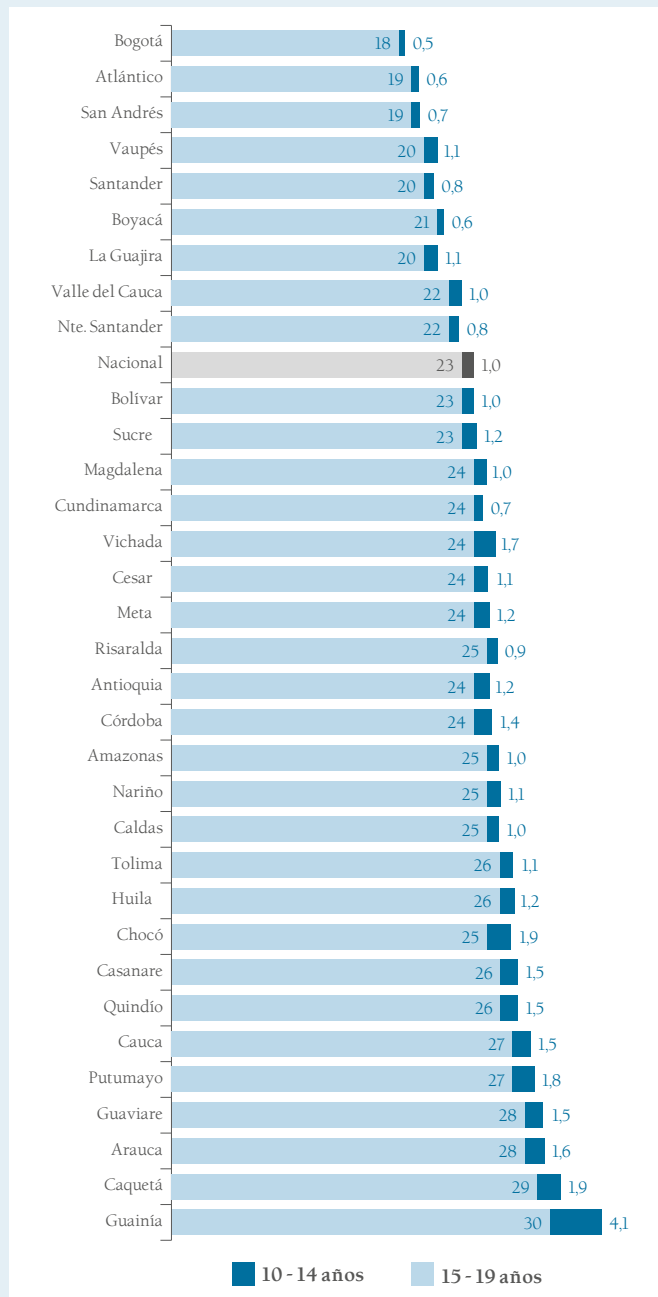
con 29,4%, mientras que los menores porcentajes se encuentran en Quindío con 14,6%, Boyacá con 15,8%, Santander con 16,1%, Norte de Santander con 17,1%, Atlántico con 17,2% y Bogotá con 17,5% (ver valores en la [Gráfica 2](#)). Las regiones de Orinoquía y Amazonia (28,1%), Pacífica (20,5%) y Caribe (20,2%) presentan porcentajes superiores al promedio nacional, mientras que las regiones Central (19,2%), Oriental (19,1%) y Bogotá (17,5%) están por debajo del mismo. Entre 2005 y 2010 se redujo el porcentaje de madres adolescentes en 19 departamentos, entre los que sobresalen Caquetá, Meta, Guaviare, Bogotá, Cauca y Vaupés, donde la disminución fue superior al 5%; no obstante, otros departamentos como Cundinamarca, Nariño, Amazonas, La Guajira, Vichada y Putumayo presentaron incrementos mayores al 6%.

De acuerdo con el Documento Conpes 147 de 2012, el cruce de información de la ENDS con la Encuesta Nacional de Deserción Escolar muestra que los departamentos con mayores porcentajes de madres adolescentes, como Putumayo, Antioquia, Santander, Amazonas, Guaviare, Casanare, Valle, Arauca, Vichada y Chocó, “coinciden con las entidades territoriales donde entre el 20% y el 45% de los estudiantes esgrimen la paternidad o maternidad como la razón principal de haber dejado de asistir a la escuela” (p. 10). Este hecho ratifica que el incremento del embarazo a temprana edad representa un riesgo para la situación educativa, económica y social de los y las adolescentes en algunas regiones del país.



Las Estadísticas Vitales del DANE, por su parte, muestran que uno de cada 4 nacimientos (23,5%) ocurre en mujeres de 10 a 19 años. Los departamentos de Bogotá, Atlántico y San Andrés registran los porcentajes más bajos con menos del 20%, mientras que los niveles más altos se encuentran en Guainía, Caquetá, Arauca, Guaviare, Putumayo y Cauca, donde los porcentajes superan el 29% (ver [Gráfica 3](#)). Sólo 8

Gráfica 3. Porcentaje de nacimientos en mujeres de 10 a 19 años por departamento, 2010



Fuente: Estadísticas Vitales DANE, 2010.

departamentos y la capital del país muestran porcentajes menores al promedio nacional, de modo que en los restantes 24 departamentos se presentan porcentajes de nacimientos entre 24% y 34% para este rango de edad. A pesar de que ha disminuido el número de nacimientos en mujeres de 10 a 19 años, donde se pasa de 167.422 en 2008 a 156.940 en 2012, este indicador como proporción del total se mantiene relativamente constante en el periodo, lo cual sugiere que el embarazo en adolescentes ha reducido ligeramente su magnitud, pero no su intensidad.

Más allá de la cantidad de nacimientos, también se ha incrementado la afectación del embarazo en las adolescentes. De acuerdo con la ENDS, sólo el 36,3% de los embarazos en mujeres entre 15 y 19 años se produjeron en el momento en que querían tener a sus hijos, mientras que el 47,7% (casi la mitad) lo quería más tarde y el 16% definitivamente no lo deseaba. En suma, 2 de cada 3 nacimientos, es decir, el 64% de los hijos e hijas de mujeres adolescentes, tuvieron impacto sobre sus proyectos de vida en los últimos 5 años. En 2005 los embarazos deseados entre las adolescentes eran de 41,9%, de modo que para 2010 aumentó en 5,6% el porcentaje de adolescentes que vio interrumpido su proyecto de vida por el hecho de asumir un embarazo. Según el Informe de Prensa de la ENDS, los embarazos en adolescentes “en las grandes ciudades no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social de la ‘madre soltera’” (p. 18), hecho que implica dificultades para asumir la crianza y sostenimiento económico de los niños y las niñas desde el inicio de su vida.

Uso de anticonceptivos y educación sexual

No obstante esta situación, la mayor actividad sexual de los y las adolescentes está acompañada de un crecimiento en el uso de métodos anticonceptivos. La primera evidencia al respecto está en el aumento del porcentaje del uso actual de métodos anticonceptivos en las mujeres de 15 a 19 años, que pasó de 20,1% en 2005 a 26,5% en 2010; para las mujeres de esta edad casadas o en uniones conyugales, pasó de

57,2% a 60,5%, aunque disminuyó levemente de 79,4% a 79,2% para las adolescentes solteras con vida sexual activa.

Una segunda evidencia radica en el crecimiento del porcentaje de adolescentes que usa métodos modernos de planificación familiar, que pasó entre 2005 y 2012 de 66,1% a 70,5% para las adolescentes de 15 a 19 años solteras y sexualmente activas, y de 47,1% a 55,1% para las adolescentes casadas o unidas. La tercera, consiste en el aumento del porcentaje de adolescentes que empieza a usar métodos anticonceptivos sin tener hijos, el cual subió de 85,4% en 2005 a 87,7% en 2010, con un acento especial en la zona rural, donde pasó de 76,7% a 81,7%.



La última evidencia es que en 2010 una de cada dos mujeres (equivalente al 51,6%) entre 15 y 24 años manifestó haber usado condón en su primera relación sexual, lo cual es más pronunciado en las mujeres con educación superior (64,7%), en mayor nivel de riqueza (65,4%), de zona urbana (54,6%) y solteras (61,8%), que en las mujeres sin educación (23,2%), más pobres (34,3%), de la zona rural (40,5%) y alguna vez unidas (40,6%).

Aunque todos estos avances en el uso de anticonceptivos son importantes para reducir el embarazo en la adolescencia, son insuficientes

debido a dos razones fundamentales. La primera es que los niveles de uso de estos métodos entre las adolescentes son inferiores al promedio general. Por un lado, las adolescentes solteras sexualmente activas presentan un porcentaje de uso de métodos anticonceptivos 2,4% inferior al promedio general (81,6% frente a 79,2%), mientras que en las adolescentes casadas o unidas esta diferencia alcanza el 18,6% (79,1% frente a 60,5%). Por otro lado, el uso de métodos modernos en las adolescentes sexualmente activas es 4,6% inferior al promedio general (75,1% frente a 70,5%), mientras que entre las adolescentes casadas o unidas esta diferencia asciende a 17,8% (o sea un 72,9% frente a 55,1%). Por último, las Necesidades Insatisfechas de Planificación Familiar (NIPF)⁶ en este grupo poblacional están en el orden del 20%, que está muy por encima del promedio general de 7%, lo que significa que una de cada 5 adolescentes que necesita usar métodos de planificación familiar, actualmente no accede a ellos.

La otra razón es que la reducción del embarazo en la adolescencia no se logra solamente con un aumento en el uso de métodos anticonceptivos, sino que es necesario transformar la forma en que se ofrece educación sexual a esta población. De acuerdo con el Documento Conpes 147 de 2012: “si bien se observa un aumento de los niveles de prevalencia anticonceptiva, y del conocimiento de la protección que ofrece el condón contra el SIDA (cerca del 94% de los jóvenes afirman saberlo), solo el 34% lo usan siempre, el 17% no cree en el condón como factor protector de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS-, y el 37% no está seguro de que lo sea” (p. 5-6). Además, aunque la ENDS estima que 4 de cada 5 mujeres menores de 25 años (80,1%) han participado en actividades de educación sexual (93,4% de ellas en colegios) y una de cada 2 mujeres (50,8%) asegura haber recibido información de este tipo por medios masivos de comunicación, el Conpes 147 asevera que “el 52% de los jóvenes manifiestan que no entienden la información que le brindan en sus hogares, colegios o medios de comunicación” en

⁶ 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.

torno a la salud sexual y reproductiva (p. 6), por lo cual el solo acceso a la información no logra el impacto que se requiere.

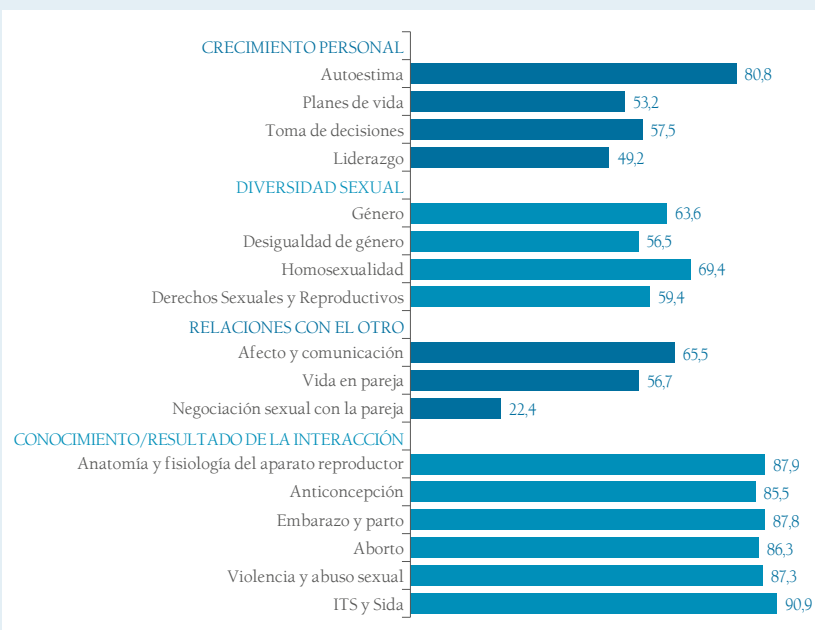
Aparte de las actividades formales de educación sexual, 3 de cada 5 mujeres (61,8%) manifiestan haber hablado sobre educación sexual con personas diferentes a orientadores especializados, entre los cuales los médicos (89,5%) son los más abordados, aunque personas cercanas como: madres (66,7%), amigas (27,6%), otros familiares (27%), padres (13,8%), amigos (7,7%) o novios(as) (5,4%), también sobresalen como opciones para ello. De acuerdo con estudios citados en el Conpes 147, “los jóvenes y las niñas se asesoran mutuamente, porque prefieren hablar entre ellos que con los adultos”, aunque “consideran a sus padres como fuentes fidedignas de información y de consejo, por lo cual se debe insistir en el mejoramiento de las competencias parentales en comunicación y supervisión de sus hijos” (p. 6). Esta situación sugiere que un abordaje efectivo de la información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, puede ser más efectiva si descansa en canales informales de diálogo, más que en medios institucionales.

Pero no sólo los medios se deben revisar, sino también el contenido de la información. Por un lado, la ENDS identifica una serie de temáticas sobre educación sexual a la cual acceden las mujeres de 15 a 24 años, las cuales se clasifican en cuatro grupos: crecimiento personal, diversidad sexual, relaciones con “el otro” y conocimiento y resultado de la interacción. Los resultados muestran un claro predominio del último grupo sobre los demás (87,6% en promedio), el cual implica abordar temas como conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH-SIDA, anatomía y fisiología del aparato reproductor, embarazo y parto, violencia y abuso sexual, aborto y anticoncepción, en detrimento de temas relacionados con la diversidad sexual, el crecimiento personal y las relaciones con “el otro”, que aparecen con un promedio de apenas 55% (exceptuando la autoestima, que fue abordada por 4 de cada 5 mujeres, es decir, el 80,2%) (Ver [Gráfica 4](#)). Esto sugiere que la educación sexual actualmente se centra en el ámbito biológico y fisiológico del acto sexual, así como en sus riesgos, más que en la dimensión social del ejercicio de la sexualidad y la reproducción,

o en la promoción de su vivencia como parte del proyecto de vida de los y las adolescentes.

En esta misma dirección, el Documento Conpes 147 de 2012 señala que: “la mayoría de las iniciativas están centradas en la prestación de servicios de salud, en la promoción de intervenciones dirigidas a la formación de conocimientos y competencias en sexualidad responsable, en fortalecer el conocimiento y uso de métodos modernos de anticoncepción y en la prestación de servicios especializados para cada aspecto de riesgo (abuso de drogas, criminalidad, pandillismo, alcohol, deserción escolar, métodos de anticoncepción, entre otros)”. En consecuencia, “los programas se centran en prevenir problemas específicos de los jóvenes, generalmente, una conducta problemática aislada sin prestar atención al contexto social y con intervenciones que tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra arraigada” (p. 7).

Gráfica 4. Temas de educación sexual sobre los cuales las mujeres de 15-24 años han recibido información, 2010



Fuente: ENDS 2010, Capítulo 16, Gráfico 16.2 y Cuadro 16.6.1.



Consideraciones finales

Es necesario ampliar la perspectiva de la educación sexual que se ofrece a los y las adolescentes, de manera que se aproxime cada vez más a sus expectativas y dialogue más de cerca con las necesidades de su contexto, si se quiere lograr un impacto más profundo sobre la fecundidad en esta etapa. Al respecto, el Documento Conpes 147 de 2012 afirma que: “los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección [...]; es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud, y del concepto de niños, niñas, adolescentes y jóvenes receptores al de participantes activos” (p. 8).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud -OMS- recomienda trabajar en la postergación de la primera unión conyugal como medio para combatir el embarazo adolescente, en tanto la mayor exposición al embarazo se presenta en las adolescentes casadas o unidas, quienes presentan, a su vez, un menor uso de métodos anticonceptivos que las mujeres solteras sexualmente activas, y una mayor limitación de acceso a información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Así mismo, la OMS sugiere “que los jóvenes participen de lleno en el diseño y ejecución de programas, de tal manera que las intervenciones reflejen sus deseos y preocupaciones”⁷. Finalmente, la ENDS 2010 recomienda “más y mejores programas de educación, información y servicios para jóvenes o adolescentes”⁸, como un llamado a ampliar la oferta de servicios dirigidos especialmente a esta población.

Se observa así la necesidad de desarrollar medidas cercanas al contexto y cotidianidad de los y las adolescentes para intentar reducir la incidencia del embarazo en esta etapa, tanto en el nivel nacional y regional, debido a que el crecimiento durante los últimos veinte años dejó como consecuencia un elevado nivel para este fenómeno, que constituye una de las situaciones más graves de América Latina y una de las problemáticas más apremiantes del país. Es urgente intensificar la prevención del embarazo en la adolescencia, no sólo por los efectos positivos que puede llegar a generar sobre esta población, sino también por el efecto protector que representa para la salud y el bienestar de los niños y niñas en primera infancia.

⁷ Documento Conpes 147 de 2012, p. 8

⁸ ENDS 2010, Informe de Prensa, p. 21.

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

