

LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

PAULA MARTES CAMARGO
ERIKA SIERRA PÉREZ*

RESUMEN

Este estudio describe los patrones de fecundidad en las adolescentes del departamento del Atlántico. La literatura reciente ha destacado que el embarazo a temprana edad tiene implicaciones negativas sobre la madre, tales como la deserción escolar, una baja participación en el mercado laboral e incrementos en riesgos de muerte materna. También sus hijos tienen altos riesgos en su salud, como bajo peso al nacer y nacimiento prematuro. Con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 se examinan las dinámicas sexuales y reproductivas de las mujeres entre 15 y 24 años. En general se encuentra que existe mayor incidencia de maternidad adolescente en mujeres con bajo nivel educativo, que habitan en zonas rurales o que se clasifican en los estratos socioeconómicos más bajos. Asimismo, se analiza el programa de prevención del embarazo adolescente Crisálida, de la Gobernación del Atlántico, y se hacen algunas recomendaciones sobre su diseño.

Palabras clave: Caribe colombiano, demografía, fecundidad adolescente

Clasificaciones JEL: J10, J12, J13.

* Las autoras son, respectivamente, investigadora externa e investigadora de la Fundación para el Desarrollo del Caribe (Fundesarrollo), en Barranquilla. Correo electrónicos: paulamartes@gmail.com e investigador7@fundesarrollo.org.co. Agradecen a Liliana Urueta Cruz sus comentarios y aportes a este estudio. Recibido: abril 8 de 2016; aceptado: mayo 17 de 2016.

ABSTRACT

Adolescent Fertility in the Department of Atlántico, Colombia

This study describes the fertility patterns of adolescents of the Department of Atlántico, in the Colombian Caribbean. Recent research has found that pregnancy at an early age has negative implications for the mother, such as school desertion, low participation in the labor market, and higher risk of maternal death. For the child, there are also higher health risks, such as low weight and premature birth. Using data from the National Survey of Demographic and Health (ENDS) for 2010, we examine the sexual and reproductive dynamics of women between the ages of 15 and 24. In general, we find that there is a higher incidence of adolescent maternity in women with low levels of education, live in rural zones or that classifies in the lowest stratification. We also describe and analyze Atlántico's Crisálida program for the prevention of adolescent pregnancy and offer some recommendations for its design.

Keywords: Colombian Caribbean, demography, adolescent fertility

JEL Classifications : J10, J12, J13.

I. INTRODUCCIÓN

Este estudio examina los patrones de fecundidad entre las adolescentes del departamento del Atlántico utilizando información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010. Dada la próxima publicación de la versión 2015 de la encuesta, se presenta un análisis con la información más actualizada al momento, para tener una base que permita comparar cuando se divulguen los resultados de la nueva encuesta. Después de este análisis se describe un programa de prevención del embarazo adolescente implementado por la Gobernación del Atlántico, llamado “Crisálida”, y unas recomendaciones respecto a su implementación.

Diversos estudios muestran las implicaciones negativas de ser madre a temprana edad (Flórez, *et al.*, 2004; Menkes y Suárez, 2013; Brahmhbhatt, *et al.*, 2014). Entre los efectos más serios del embarazo adolescente se destacan la deserción escolar, barreras a la entrada al mercado laboral, bajos ingresos futuros, rechazo

familiar y social, dificultades emocionales, incrementos en los riesgos de muerte materna, y riesgo de la salud para los infantes, entre otros. De allí la importancia de estudiar el tema para ayudar a orientar las políticas públicas dirigidas a prevenir y/o reducir el embarazo adolescente.

Según UNICEF (2015), la adolescencia corresponde al grupo de 10 a 19 años de edad, mientras que la juventud es el período que se extiende de los 15 a los 24 años. En este trabajo se estudiará el grupo de jóvenes entre 15 y 19 años de edad, pero se prestará atención al grupo de mujeres entre 20 y 24 años que reportaron haber sido madres entre los 15 y 19 años. De esta forma se puede estimar la verdadera exposición al riesgo de ser madre adolescente que tuvieron las mujeres de ese grupo durante su adolescencia. Este es un enfoque novedoso, poco utilizado por quienes han abordado el tema del embarazo adolescente en Colombia.¹

En este sentido, se hará uso de indicadores como las Tasas de Fecundidad por edad, específicamente la del grupo de 15 a 19 años, que por conveniencia denominaremos Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA). Por definición, las Tasas de Fecundidad por Edad (o Tasas Específicas de Fecundidad) se interpretan como el número medio de nacimientos por mujer ocurridos durante el periodo de tiempo analizado para cada uno de los grupos quinquenales de edad (Welti, 1997, p. 109). En este sentido la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años o Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) es el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un intervalo de tiempo dado, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años.

Otro indicador importante es la Tasa Global de Fecundidad (TGF), que representa “el número de hijos que, en promedio, tendría una mujer de una cohorte sintética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin del periodo fértil” (*Ibid.*, p. 112).

América Latina y el Caribe tiene la segunda mayor TFA del mundo. Según datos del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de Naciones Unidas (2012), en 2010 la TFA ascendió a 73 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, siendo superada únicamente por África, con una tasa de 104.

En 2010, la TFA en Colombia fue de 84 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, superior en 20% a la observada en 1990 (70 por cada 1.000). Esto no solo resulta preocupante en términos de la tasa, sino porque la tendencia

¹ Flórez, et al. (2004), y Flórez y Soto (2007) son quienes han empleado este enfoque.

nacional va en dirección opuesta a lo que sucede a nivel mundial, donde hubo una reducción de 41% de la TFA entre 1990 y 2010, año en el que ocurrieron 49 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes.

En el departamento del Atlántico la TFA fue de 56 por cada 1.000 mujeres en 2010, y en la Región Caribe, de 77 por cada 1.000. Uno de los propósitos de este estudio es examinar las diversas causas de la maternidad temprana en la región, toda vez que esta sobresale como la tercera con la mayor tasa de fecundidad adolescente en Colombia.

Este trabajo se divide en seis secciones, incluida esta introducción. La segunda contiene un repaso de la literatura nacional e internacional sobre fecundidad adolescente. La tercera describe la metodología utilizada en la estimación de los indicadores sociodemográficos propuestos para el estudio. La cuarta sección analiza el embarazo adolescente y los principales hallazgos derivados de la construcción de indicadores, para explicar los niveles de prevalencia y de las tasas de fecundidad adolescente por estrato, nivel educativo, zona, regiones y departamentos seleccionados.

La quinta sección describe una estrategia de prevención del embarazo adolescente: el programa Crisálida, coordinado por la Secretaría de la Mujer de la Gobernación del Atlántico, cuyo objetivo principal es educar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes del departamento sobre la prevención de embarazos a temprana edad y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Asimismo, se plantean algunas recomendaciones respecto a su estructura e implementación. En la sexta sección se presentan algunas conclusiones.

II. ANTECEDENTES

El embarazo adolescente es un fenómeno muy destacado por la literatura reciente por sus efectos en el ámbito social y económico de las madres jóvenes y sus familias. Según Menkes y Suárez (2013), la trayectoria individual de las jóvenes embarazadas se trastorna al punto que su futuro sufre serias limitaciones: la mayoría interrumpe su educación, de manera que tendrán pocas oportunidades de acceder al mercado laboral, dificultándose la crianza de los hijos y la estabilidad del hogar. Asimismo, Flórez, *et al.* (2004) sostienen que las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias – deserción escolar, pérdida de oportunidades de ingresos futuros, rechazo familiar y social, dificultades emocionales,

físicas y financieras – siendo en su mayoría de carácter negativo y mucho más cuando este ocurre en la primera adolescencia y fuera del matrimonio.

El embarazo adolescente también constituye un problema de salud pública en la medida en que algunas veces no es deseado y se opta por interrumpirlo. La legislación actual en Colombia establece que es legal abortar solo en tres circunstancias, lo cual favorece el uso de procedimientos poco seguros que ponen en riesgo la vida de las adolescentes.² Menkes y Suárez (2013) afirman que conforme mejoran las condiciones socioeconómicas existe mayor posibilidad de que el embarazo sea no deseado y se interrumpa. Prada, *et al.* (2011) estiman que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud.

Por su parte, Brahmhatt, *et al.* (2014) señalan que el impacto del embarazo adolescente sobre la salud es significativo, con incrementos en riesgo de muerte materna, enfermedad y discapacidad, incluyendo fístula obstétrica, parto prematuro, complicaciones de aborto inseguro e infecciones sexuales transmitidas (incluyendo VIH). A su vez, Reyes y González (2014) sostienen que el embarazo que sucede en mujeres menores de 20 años es de alto riesgo por la alta incidencia de complicaciones obstétricas que se registran en comparación con mujeres de otros grupos de edad, lo que conlleva a una alta tasa de mortalidad materno-infantil, o partos laboriosos y hemorragias, entre otras complicaciones. Además tiene consecuencias biológicas tales como ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, preclamsia, anemia y desproporción cefalopélvica – que en ocasiones muy extremas conducen a la muerte de la madre o del hijo. Así mismo, los hijos de padres adolescentes tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad durante el periodo neonatal, en especial por la falta de desarrollo físico, emocional y de conocimientos sobre salud y cuidados por parte de la madre (Flórez, *et al.*, 2004).

Además de las consecuencias que conlleva la fecundidad adolescente, hay una abundante literatura sobre sus determinantes. Jane Rubin (1989) analiza las causas socioeconómicas de la fecundidad, destacando que el comportamiento reproductivo es un proceso integrado por factores estructurales macro-sociales y por características individuales (biológicas, demográficas y socioeconómicas). Entre

² Según la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional el aborto no es delito cuando 1) la continuación del embarazo constituye peligro para la vida de la mujer; 2) existe malformación del feto que haga inviable su vida, o 3) el embarazo es resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

los determinantes individuales señala la escolaridad, la migración, el tamaño de la familia y la actividad económica.

La escolaridad aumenta el costo económico de los hijos y el costo de oportunidad de la disyuntiva entre la dedicación a la crianza y el trabajo asalariado. Según Caldwell (1978) existen cinco mecanismos a través de los cuales la educación impacta la fecundidad: 1) disminuye el potencial de los niños para trabajar dentro o fuera de casa; 2) aumenta el costo de los hijos mediante la creación de demandas indirectas en la familia; 3) crea dependencia tanto en la familia como en la sociedad de la necesidad de preservar la inversión realizada en los niños; 4) incentiva un cambio cultural y crea nuevas culturas; y 5) propaga valores. Caldwell destaca que el impacto fundamental de la educación es la generación de relaciones más democráticas dentro del hogar.

En cuanto a la migración hay varias tesis. La primera es que el lugar al cual se migra determinará el nivel de fecundidad que se adoptará. La segunda es que los migrantes suelen tener una fecundidad mayor que los nativos, sobre todo si provienen de zonas rurales o de entornos empobrecidos. Por último, se sostiene que la fecundidad de los migrantes es mayor pues, como tienen una condición económica precaria, un mayor número de hijos les es rentable.

En cuanto al tamaño de la familia, la decisión no sólo resulta de un estudio de factores económicos, sino que también responde a características culturales que pueden o no guiar comportamientos acordes al nivel de desarrollo económico del país y las condiciones socioeconómicas del hogar.

Finalmente, la actividad económica tanto del hombre como de la mujer pueden afectar los niveles de la fecundidad. El impacto de la actividad masculina depende del tipo de ocupación que se desempeñe. A su vez, el impacto de la actividad femenina depende del tipo de inclusión que tengan las mujeres en el mercado laboral. Bajo algunos enfoques esto es considerado como un cuestionamiento a los roles de género tradicionales; en otros, como un rol más que la mujer puede asumir luego de evaluar los costos de la maternidad y los asociados a ejercer una actividad económica.

A esta lista de determinantes socioeconómicos, se pueden añadir los determinantes próximos desarrollados por Bongaarts (2003) (de naturaleza biológica y demográfica), en los cuales identifica a la proporción de mujeres con parejas, el uso de métodos anticonceptivos y su efectividad, la prevalencia del aborto inducido y la duración de la infertilidad posparto como factores que explican en gran medida las modificaciones en los niveles de fecundidad a lo largo de los países (Paz, 2009).

Were (2007) investigó los determinantes del embarazo adolescente con base en un caso de estudio en Busia, Kenia. Mediante un ejercicio econométrico con datos de una encuesta de hogares realizada entre 1998 y 1999 mostraron que las niñas sin educación o con nivel primario y de más edad son las más vulnerables al embarazo adolescente. Otros factores claves incluyen la presión de los amigos y el ambiente social, relativo a factores como formas inapropiadas de recreación, que actúa como una cita para sexo premarital, así como falta de una orientación y asesoramiento de los padres.

Flórez y Núñez (2001) usaron datos de la ENDS de Colombia, Bolivia, Brasil, Guatemala, República Dominicana y Perú de 1990 y hallaron evidencia de que la educación y las condiciones socioeconómicas de los hogares (posesión de activos) tienen efectos negativos en el ritmo de la fecundidad adolescente, al igual que la aceptación y disponibilidad de métodos de planificación familiar.

Brahmbhatt, *et al.* (2014), examinaron los factores asociados con el embarazo en Baltimore y Johannesburgo. Empleando Modelos de Regresión Logística Multivariada demostraron que la educación y el uso del condón en la primera relación sexual reducen la probabilidad de embarazo. Además, los factores asociados con una alta probabilidad de embarazo fueron la iniciación sexual temprana, en especial quienes fueron criados por personas diferentes a los padres, el uso del alcohol y su consumo excesivo en el pasado mes, mayor violencia en la comunidad, y un pobre entorno psicológico.

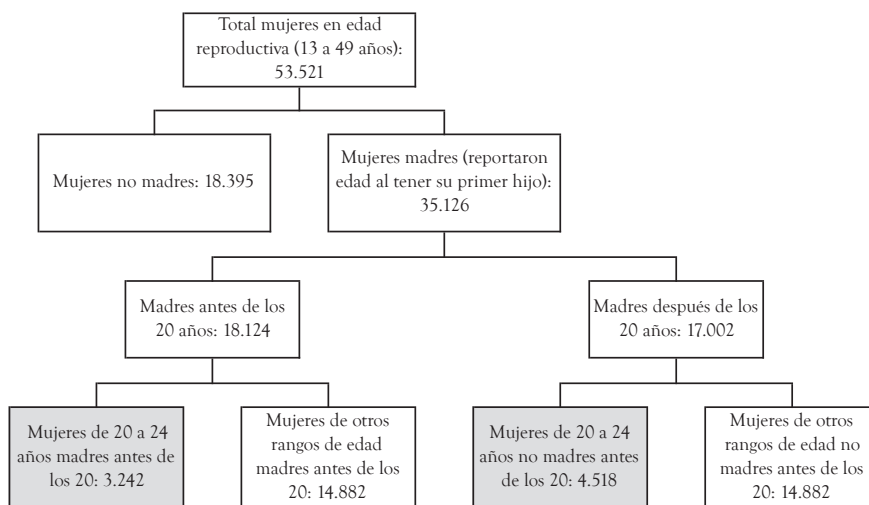
III. METODOLOGÍA Y DATOS

Para analizar la fecundidad adolescente en el departamento del Atlántico se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de Colombia de 2010. Para algunos cálculos adicionales se tomaron los resultados de las ENDS de 1990, 2000 y 2005. Si bien el análisis de la fecundidad adolescente se centra en el Atlántico, este se complementa con un análisis a nivel regional y nacional.

La ENDS incluye una variable que agrupa los departamentos en seis regiones: Caribe, Central, Oriental, Pacífica, Bogotá y antiguos Territorios Nacionales. De esta última región, la encuesta sólo ofrece información de las cabeceras debido a las dificultades de acceso a las zonas rurales. Por lo tanto, sus indicadores pueden estar subestimando los niveles de prevalencia de la maternidad adolescente.

A partir de los datos se hicieron estimaciones que permiten identificar las áreas y grupos más vulnerables que necesitan atención prioritaria en las políticas y programas que se formularán en el próximo quinquenio. Para esto se toma como universo principal del estudio el grupo de mujeres de 20 a 24 años, que es aquel a partir del cual se puede estimar la verdadera exposición al riesgo de ser madre adolescente que las personas en ese grupo tuvieron durante su adolescencia.³ El Gráfico 1 presenta el tamaño de la muestra y los criterios de selección de la variable dependiente: mujeres entre 20 y 24 años que reportaron ser madres antes de los 20.

GRÁFICO 1
Diagrama de flujo del tamaño de la muestra y criterios de selección de la variable dependiente



Fuente: Elaboración propia.

³ La crítica que se le hace a la selección de este grupo de edad es la no simultaneidad en la ocurrencia del evento de ser madre con las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, tales como nivel educativo, estrato y uso de anticonceptivos que se captan al momento de la entrevista. No obstante, se observa que en las variables de educación y estrato los cambios entre el grupo de 15-19 y de 20-24 años no son significativos. Respecto al estrato, las distribuciones observadas para ambos grupos de edad son similares, dada la baja movilidad económica y social en el país. La educación tampoco muestra cambios significativos entre grupos, ya que es medida como el promedio de años de secundaria.

Para medir el uso de métodos anticonceptivos se utilizan dos variables: el uso de condón en la primera relación sexual y la práctica actual de anticoncepción. Para el grupo de jóvenes de 20 a 24 años se toma la variable de uso de condón en la primera relación sexual con el fin de observar la incidencia total del uso de este método en quienes acaban de finalizar la etapa de la adolescencia. En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años esta variable permite estimar la prevalencia del uso en las adolescentes en el momento de la encuesta. La variable de práctica actual de anticoncepción se emplea principalmente para estimar los patrones de anticoncepción en la población, así como las Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA).

Cabe explicar qué se entiende por métodos anticonceptivos y cuáles son los existentes. Según Profamilia (2015), los métodos anticonceptivos sirven para prevenir el embarazo y se clasifican en:

- a) Métodos folclóricos: Son creencias o prácticas populares que las personas tienen con la convicción de que les ayudan a prevenir un embarazo. No tienen bases científicas.
- b) Métodos naturales: Se basan en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo. Por lo tanto no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo. Entre este tipo de método se cuentan el coito interrumpido, el método del ritmo, la lactancia materna para reducir la probabilidad de ovulación, etc.
- c) Métodos modernos: Ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos ajenos al cuerpo. Se dividen en métodos modernos temporales y métodos modernos definitivos. Los métodos temporales pueden suspenderse en cualquier momento y la fertilidad retornará si la mujer desea quedar embarazada (ejemplos: condón, píldoras anticonceptivas, inyecciones, parches, diafragma, espermicidas, la T de cobre o Dispositivo Intrauterino [DIU]). Los métodos definitivos son procedimientos quirúrgicos que evitarán de forma permanente que el hombre o la mujer tenga hijos (vasectomía, ligadura de trompas).

IV. ANÁLISIS DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

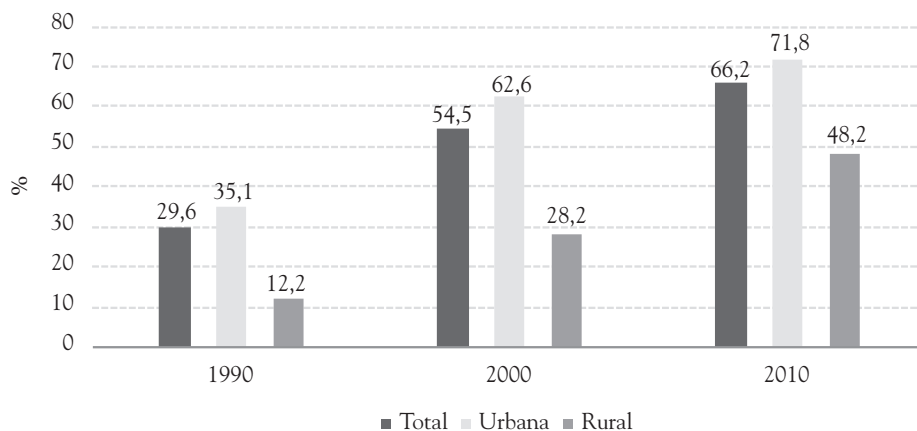
En esta sección se hace, primero, una caracterización de la población adolescente (15 a 19 años) en términos de educación, estado civil, entre otras variables

socioeconómicas. Luego se estudia el comportamiento de las tasas de fecundidad adolescente y el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que fueron madres en su adolescencia, discriminando por las variables sociodemográficas de interés: zona de residencia, región, estrato y nivel educativo. Finalmente, se examina el uso de los métodos anticonceptivos.

A. La fecundidad adolescente y su comportamiento desigual

Para comprender el contexto de los indicadores de fecundidad, se hace una caracterización del grupo de mujeres adolescentes en términos de su logro educativo y estado civil. En el Gráfico 2 se observa que, en todas las zonas de residencia del país, hubo un incremento en el porcentaje de mujeres adolescentes con más de nueve años de educación entre la década de 1990 y 2010, siendo la zona urbana la que mayor proporción de esa población concentró (pasó de 35,1% en 1990 a 71,8% en 2010).

GRÁFICO 2
Colombia: Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años con
nueve o más años de escolaridad (total y por zonas),
1990, 2000 y 2010



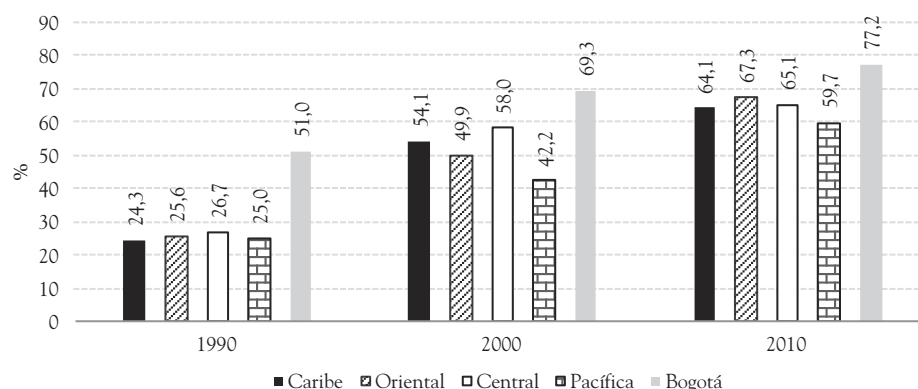
Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 1990, 2000 y 2010.

En todas las regiones del país, el porcentaje de mujeres adolescentes con más de nueve años de educación se incrementó entre 1990 y 2010.⁴ Bogotá es la región con la mayor proporción de esta población (Gráfico 3).

En 2010, en el Atlántico, el 72% de las adolescentes tenía nueve o más años de educación, en comparación con 44% en 1990. Es el segundo departamento de la Región Caribe, después de San Andrés y Providencia (donde el indicador fue de 83% en 2010), con el mayor porcentaje de mujeres adolescentes con ese grado de escolaridad.

La segunda variable analizada es el estado civil. Los datos muestran que en Colombia el matrimonio no es común entre el grupo de mujeres entre 15 y 19 años. Como se muestra en el Cuadro 1, apenas el 0,6% reportó ese estado civil; la mayoría, 82,9%, eran solteras. La Región Caribe y los antiguos Territorios Nacionales presentan una mayor prevalencia de adolescentes que se encuentran en

GRÁFICO 3
Colombia: Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años con nueve o más años de escolaridad por regiones, 1990 – 2010



Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 1990, 2000 y 2010.

⁴ En el caso de los Territorios Nacionales, esta solo fue incluida en la ENDS 2010, por lo que este es el único dato disponible. Allí, 53,9% de las mujeres tenían entre 15 y 19 años, y tenían más de nueve años de escolaridad.

CUADRO 1
Colombia: Estado conyugal de mujeres adolescentes
(total, por zona y por macro-región), 2010

Variable	Estado civil					Total
	Soltera	Casada	Unión Libre	Viuda	No viven juntos	
Total	82,9	0,6	13,1	0,0	3,3	9.354
Zona						
Rural	75,2	0,7	19,5	0,0	4,6	2.216
Urbana	85,3	0,6	11,1	0,0	3,0	7.146
Macro-regiones						
Caribe	78,3	0,1	17,4	0,1	4,2	1.908
Oriental	83,5	0,7	12,5	0,0	3,3	1.733
Central	84,3	0,8	11,4	0,0	3,5	2.374
Pacífica	81,9	0,7	13,6	0,0	3,9	1.510
Bogotá	87,7	0,7	10,0	0,0	1,6	1.598
Territorios Nacionales	76,0	1,0	18,9	0,0	4,1	230

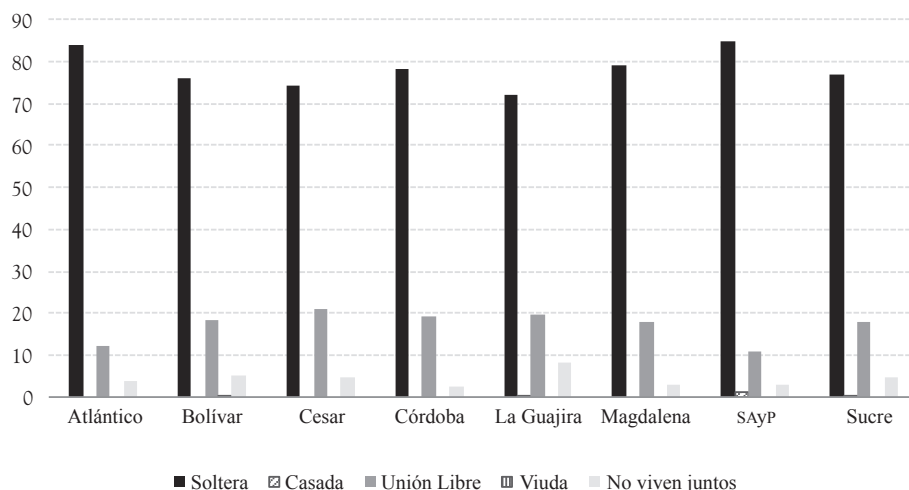
Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

unión libre, con 17,4% y 18,9% respectivamente. Bogotá es la región con mayor proporción de mujeres solteras entre 15 y 19 años (87,7%).

Como lo muestra el Gráfico 4, en la Región Caribe, San Andrés fue el departamento donde hubo el mayor porcentaje de adolescentes solteras en 2010 (84,9%). Le sigue el departamento del Atlántico, con 84%. La unión libre es más característica en el departamento del Cesar, donde 21,2% de las adolescentes reportaba estar en este tipo de unión.

Comparado con la prevalencia de las uniones libres en las adolescentes colombianas, la proporción de adolescentes que tiene relaciones sexuales premaritales es alta. En 2010 el 39,7% del grupo de mujeres solteras de 15 a 19 años reportaba que ya había tenido relaciones sexuales, porcentaje que se duplica en el grupo de 20 a 24 años (80,7%). Esto es más común en las zonas urbanas, donde 41,2% de las adolescentes de 15 a 19 años y 81,6% de las de 20 a 24, ya había comenzado su vida sexual.

GRÁFICO 4
 Región Caribe: Estado civil de mujeres adolescentes
 por departamentos, 2010
 (porcentajes)



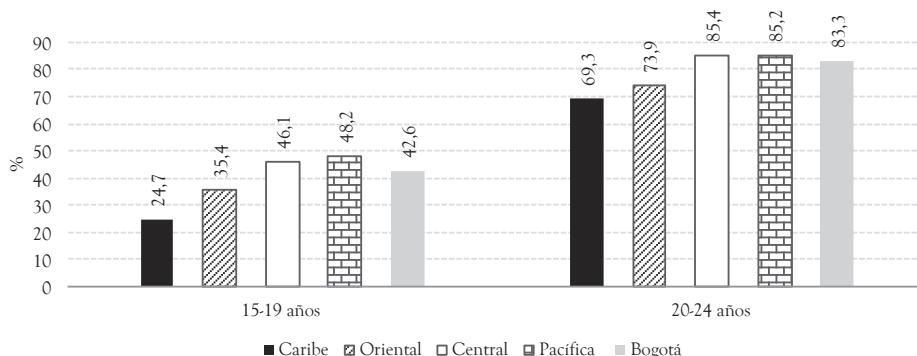
Nota: SAP: San Andrés y Providencia.

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

La Región Caribe es la región con los menores porcentajes de mujeres adolescentes que habían iniciado su vida sexual (Gráfico 5). Esto puede deberse a que, culturalmente, existe una estigmatización social hacia las relaciones prematrimoniales, por lo que es más aceptable retardar el inicio de la actividad sexual o superarla a unirse o casarse.⁵

⁵ Un estudio de la Universidad de La Sabana analizó una muestra de 9.942 jóvenes entre 13 y 18 años en Colombia para indagar su relación con la tecnología, la educación sexual en los colegios, la supervisión de los padres y el manejo de su sexualidad (Cabrera, et al., 2013, citado en Robles, 2014). Encontró que, en Barranquilla y su Área Metropolitana, el 93% de las mujeres de esa cohorte no había iniciado su actividad sexual, lo cual se debe especialmente al hecho de que existe un alto porcentaje de supervisión de los padres hacia los hijos, en particular a las mujeres. Los padres controlan más a las mujeres en las salidas los fines de semana (82% y 72% en el caso de los hombres), saben lo que hacen sus hijos durante su tiempo libre (84% en mujeres y 67% en hombres), y les fijan un horario de llegada (al 75% de mujeres y al 64% de los hombres).

GRÁFICO 5
Colombia: Porcentaje de mujeres solteras que ha comenzado su vida sexual por macro-región, 2010



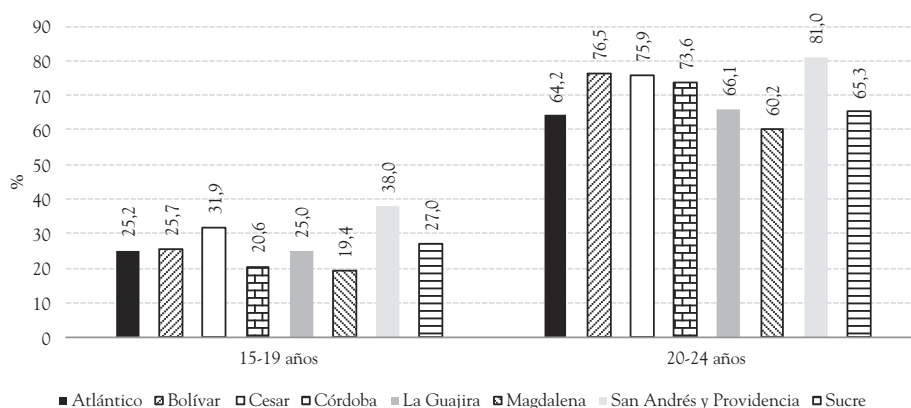
Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

Como lo muestra el Gráfico 6, en el caso particular del departamento del Atlántico el nivel de actividad sexual de ambos grupos de edad se encuentra entre los más bajos de la región: 25% en las adolescentes de 15 a 19 años y 64% en las mujeres de 20 a 24 años, valores más bajos que el promedio nacional. Si bien en la Región Caribe se da una estigmatización de las relaciones prematrimoniales, al parecer en el Atlántico es aún mayor. Hay dos factores que ayudan a confirmar lo anterior. El primero es analizar la brecha entre los porcentajes del total de mujeres con actividad sexual y las mujeres casadas. Entre mayor sea esta brecha menor sería la estigmatización que se le otorga a las relaciones prematrimoniales. Un segundo elemento es analizar el intervalo de tiempo entre la primera relación y la primera unión mediante el cálculo de edades medianas.

La brecha entre el inicio de la actividad sexual y el matrimonio implica un mayor riesgo de embarazos no planeados en las adolescentes colombianas.⁶ Para Colombia, esta brecha es del 37,4% para las mujeres entre 20 y 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años, donde 60,4% tuvo una relación

⁶ Brown y Eisenberg (1995, p. 61) afirman que los embarazos no planeados son más comunes en las mujeres solteras y en aquellas que están al final de su etapa reproductiva.

GRÁFICO 6
Región Caribe: Porcentaje de mujeres solteras que comenzó su vida sexual por departamentos, 2010



Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

sexual y 23% estaban casadas a esa edad (Cuadro 2). Este riesgo es menor en las zonas rurales y en las regiones más conservadoras en las que se da una menor actividad sexual entre las mujeres adolescentes junto con una mayor proporción de casadas o unidas.

El departamento del Atlántico, con Cesar, Bolívar y San Andrés y Providencia, presenta las mayores brechas entre las adolescentes que tuvieron actividad sexual y estaban casadas antes de los 18 años. Llama la atención el caso de San Andrés, que tiene la mayor prevalencia de mujeres adolescentes que iniciaron su actividad sexual, pero una baja proporción que estaba casada.

En este punto es importante resaltar que existe una brecha entre el inicio de la actividad sexual y el inicio de la unión. Por lo tanto, es de vital importancia estudiar el acceso a y uso de métodos anticonceptivos, visto como estrategia clave para contrarrestar la prevalencia de los embarazos no planeados. La importancia de estos radica en sus consecuencias, tales como abortos inducidos, embarazos adolescentes, cuidado prenatal deficiente, comportamientos riesgosos durante el embarazo, niños con bajo peso al nacer, mortalidad infantil, precaria salud y desarrollo de los niños, riesgos en la salud de la madre, y mayor probabilidad de abandono escolar en los padres (Brown y Eisenberg, 1995).

CUADRO 2

Colombia: Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que tuvieron su primera relación sexual o estaba casada antes de los 18 años (total, por macro-regiones y Región Caribe), 2010

Variables	Antes de los 18 años		Brecha
	Tuvieron relación sexual (%)	Estaban casadas (%)	
Total	60,4	23,0	37,4
Macro-región			
Caribe	52,5	31,8	20,7
Oriental	58,0	25,4	32,6
Central	65,4	20,6	44,8
Pacífica	64,1	21,7	42,4
Bogotá	58,4	14,9	43,6
Territorios Nacionales	79,3	39,2	40,0
Departamentos Región Caribe			
Atlántico	43,2	22,6	20,6
Bolívar	56,1	33,1	23
Cesar	55,9	32,5	23,4
Córdoba	53,2	36,4	16,8
La Guajira	54	35,7	18,3
Magdalena	58,6	38,3	20,3
San Andrés y Providencia	71,2	24	47,2
Sucre	54,7	35,1	19,6

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

B. Comportamiento de las tasas de fecundidad adolescente y de la cohorte de mujeres entre 20 y 24 años que fueron madres en su adolescencia

Los datos anteriores muestran que las adolescentes en el departamento del Atlántico tienen un alto logro educativo (en promedio siete de cada 10 tiene nueve o más años de educación) y tienen la menor tasa de iniciación sexual durante

la adolescencia. Además, el Atlántico es el departamento de la Región Caribe con la menor tasa de uniones libres.

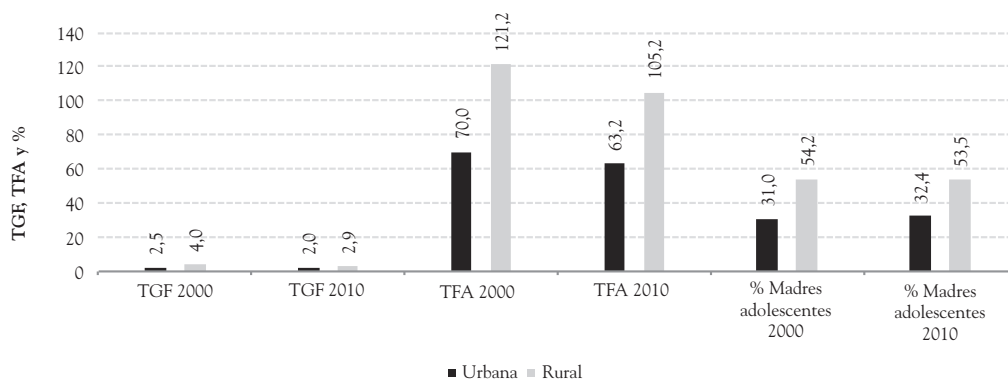
La brecha entre el porcentaje de mujeres que antes de los 18 años había comenzado su vida sexual y las que tienen alguna unión es una de las mayores del país, lo cual denota la posible existencia de una estigmatización social a las relaciones sexuales prematrimoniales. Por esto es necesario estudiar más a fondo no sólo el contexto dentro del cual está ocurriendo la fecundidad adolescente en el Atlántico, sino también analizar el tipo de acceso e información que están teniendo las adolescentes sobre temas relacionados con su sexualidad y métodos anticonceptivos. En consecuencia se examinarán las tasas de fecundidad adolescente y los porcentajes de mujeres entre 20 y 24 años que fueron madres en su adolescencia, con base en las variables socio-demográficas descritas a continuación. Al final se analizará el caso específico del departamento del Atlántico.

1. Zona de residencia

La maternidad adolescente ha sido considerada como un fenómeno de naturaleza urbana (Di Cesare, 2007). Sin embargo, esto no es del todo cierto, pues sigue siendo un fenómeno rural a pesar de que cuando se analiza la distribución porcentual por zonas, es la urbana la que obtiene la mayor participación, gracias a la rápida urbanización del país, especialmente desde mediados del siglo XX. Como se observa en el Gráfico 7, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en Colombia en 2010 fue de dos nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en la zona urbana y tres, en la zona rural. No obstante, si se examina la TFA se muestra un nivel de 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes en las zonas urbanas y de 105 por cada 1.000 en las zonas rurales. Una cifra elevada.

La prevalencia de la maternidad adolescente se estudia mediante el porcentaje de adolescentes que habían sido madres. A diferencia de la TFA, es la relación de aquellas adolescentes que reportaron ser madres frente al total de las adolescentes de la muestra. Se encuentra que entre 2000 y 2010 este porcentaje se ha incrementado en el área urbana (31% a 32,4%), mientras que en la zona rural ha experimentado una ligera reducción (54,2% a 53,5%). Pese a esto, la mayor prevalencia sigue presentándose en la zona rural, lo cual está asociado a variables como una edad menor al iniciar la unión libre, el acceso a oportunidades educativas y métodos anticonceptivos, y, en general, a una menor variedad de proyectos de vida en las mujeres que habitan dichas zonas.

GRÁFICO 7
Colombia: Tasas globales (TGF) y específicas (TFA)
de fecundidad por zona, 2000 y 2010



Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2000 y 2010.

2. Región

Los análisis regionales de la maternidad adolescente en Colombia son escasos. Una excepción son los trabajos de Flórez, *et al.* (2004), Flórez y Soto (2007 y 2013), que incluyen un análisis de distribución espacial del fenómeno. La inclusión de esta variable es relevante dado que Colombia es un país con marcadas diferencias económicas regionales, por lo que se esperaría que el comportamiento de la maternidad adolescente siguiera un comportamiento diferenciado a ese nivel.

Hacia 2010 las regiones con las mayores TFA eran Territorios Nacionales (97 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años), la Región Pacífica y la Región Caribe (Cuadro 3). Si bien en el periodo 2000 - 2010, en todas las regiones, a excepción de los territorios nacionales, las brechas entre las tasas regionales se redujeron, la fecundidad adolescente sigue difiriendo entre regiones.

La maternidad adolescente en 2010 fue más alta en las regiones de Territorios Nacionales (57%), Oriental (39,5%) y Caribe (39%). Bogotá muestra el menor porcentaje, con 28,9% de adolescentes que reportaron ser madres. Entre 2000 y 2010 la Región Pacífica y Bogotá fueron los únicos territorios del país en los cuales hubo una reducción en las tasas de maternidad adolescente.

CUADRO 3
Colombia: Tasas globales (TGF) y específicas (TFA)
de fecundidad por regiones, 2000 y 2010

Región	TGF			TFA			% Madres adolescentes		
	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual
Caribe	3,1	2,7	-13,1	90	77	-13,9	36,0	39,0	8,1
Oriental	3,0	2,3	-21,9	74	68	-8,3	37,8	39,5	4,6
Central	2,7	1,9	-31,5	80	75	-6,6	33,6	36,7	9,4
Pacífica	2,8	2,1	-23,2	93	82	-12,1	40,7	36,1	-11,4
Bogotá	2,3	1,9	-18,2	73	61	-17,0	29,8	28,9	-3,1
Territorios Nacionales	2,5	2,5	-1,2	77	97	25,2	44,5	57,0	28,3

Nota: Para Territorios Nacionales la comparación se hizo con datos de la ENDS 2005.

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2000, 2005 y 2010.

3. Departamentos

En 2010 La Guajira y Amazonas tuvieron las mayores TFA: 121 y 167 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, respectivamente. Se destaca a La Guajira como el departamento que mostró la mayor reducción en su TFA respecto al año 2000 (36,9%). Por el contrario, Bolívar experimentó un incremento de 51%, al pasar de 56 nacimientos a 85 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes entre 2000 y 2010. Santander muestra la menor TFA entre el grupo de departamentos seleccionados (Cuadro 4).

En cuanto a las tasas de maternidad adolescente, se observa que el departamento del Atlántico muestra la menor proporción, con un 25,6% de mujeres entre 20 y 24 años que reportaron (al momento de la encuesta, 2010) haber sido madres en la adolescencia.

4. Estrato socioeconómico

El estrato socioeconómico es importante en la medida en que puede ayudar a explicar las transferencias inter-generacionales de los efectos de la maternidad

CUADRO 4
Colombia: Tasas globales (TGF) y específicas (TFA)
de fecundidad por departamentos, 2000 y 2010

Departamento	TGF			TFA			% Madres adolescentes		
	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual
Atlántico	2,7	2,6	-5,9	76	56	-26,2	29,6	25,6	-13,5
Bolívar	3,1	2,9	-6,3	56	85	51,1	31,8	39,8	25,2
La Guajira	3,5	4,0	13,8	191	121	-36,9	54,9	50,9	-7,3
Magdalena	2,8	2,8	0,5	102	75	-26,7	32,7	47,0	43,7
Santander	3,1	2,0	-35,3	70	47	-33,7	35,2	34,6	-1,7
Antioquia	2,7	3,0	9,5	78	82	4,7	34,2	33,6	-1,8
Valle del Cauca	2,1	1,8	-14,0	71	72	1,5	37,1	34,2	-7,8
Amazonas	3,7	4,1	9,8	0	167	~	43,3	64,3	48,7
Vichada	3,3	3,1	-7,7	0	96	~	57,0	65,6	15,2

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2000 y 2010.

adolescente. Investigaciones realizadas en torno a este tema han concluido que las mujeres de los estratos más bajos tienen una mayor probabilidad de ser madres adolescentes, dado que el contexto en el que se desarrollan hace que el costo de oportunidad de tener un hijo sea bajo. De allí que se afirme que la maternidad adolescente está positivamente relacionada con los indicadores de pobreza y, en particular, con los niveles de movilidad social (Buvinic, 1998).

La investigación de Stern y Menkes (2008) identifica dos tipos de embarazos adolescentes según el estrato socioeconómico. Uno, en los estratos bajos, en el cual se presenta una alta proporción de embarazos en la adolescencia, la mayoría de los cuales se dan después de que la joven abandonó la escuela; la mayor parte de las jóvenes madres ya estaba casada o unida al momento del embarazo. Otro, en el estrato alto, en donde la prevalencia es menor y se presenta en su mayor parte durante la adolescencia tardía, es decir, entre los 17 y 19 años. La mayor parte de las jóvenes asistían a la escuela cuando se embarazaron, y la mayoría eran solteras.

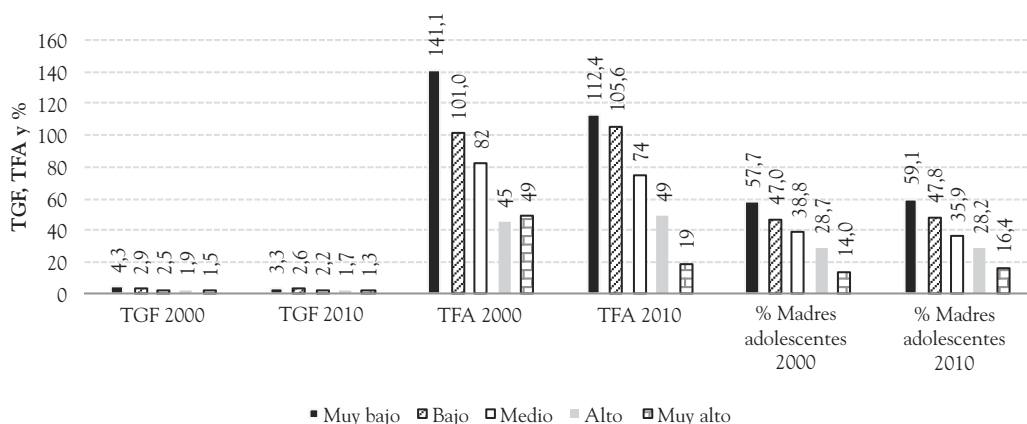
Las tasas de fecundidad en cada estrato socioeconómico se redujeron entre 2005 y 2010. Se destacan los estratos Muy Bajo, Medio y Muy Alto con las mayores reducciones: 23,7%, 13,9% y 13,5%, respectivamente. Las TGF y TFA muestran una tendencia decreciente a medida que el estrato es más alto. Al examinar la TFA en 2010 se encuentra que, mientras en el estrato Muy Bajo la tasa era de 112 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, en el estrato Muy Alto era de 19 por cada 1.000.

Respecto al porcentaje de maternidad adolescente, se encuentra que el estrato Muy Bajo es el que mayor proporción de madres alberga (59,1% en 2010); lo contrario sucede en el estrato Muy Alto (16,4%). Sin embargo, entre 2000 y 2010, en ambos estratos aumentó la incidencia de madres adolescentes (Gráfico 8).

5. Nivel educativo

La escolaridad aumenta el costo económico de los hijos y el costo de oportunidad de la disyuntiva entre la dedicación a la crianza y el trabajo asalariado. Según Caldwell (1978), hay cinco mecanismos a través de los cuales la educa-

GRÁFICO 8
Colombia: Tasas globales (TGF) y específicas (TFA)
de fecundidad por estrato socioeconómico, 2000 y 2010



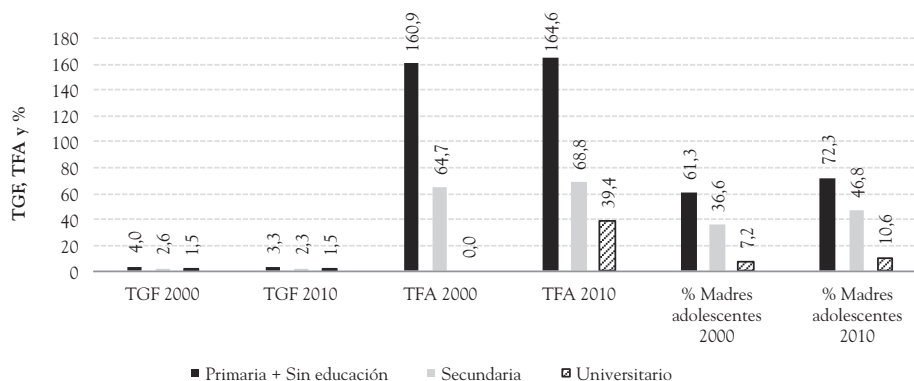
Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2000 y 2010.

ción impacta la fecundidad: 1) disminuye el potencial de los niños para trabajar dentro o fuera de casa; 2) aumenta el costo de los hijos mediante la creación de demandas indirectas en la familia; 3) crea dependencia tanto en la familia como en la sociedad de la necesidad de preservar la inversión realizada en los niños; 4) incentiva el cambio cultural y crea nuevas culturas; y 5) propaga valores. El Gráfico 9 muestra que un nivel educativo más alto reduce la prevalencia tanto de fecundidad global como de embarazo adolescente. Cabe resaltar que la TFA tuvo un incremento entre el 2000 y 2010 en todos los niveles educativos. Sorprende el caso del nivel universitario, para el que se tuvo una tasa de 0 en el año 2000 debido a que no se reportaron nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años; mientras en 2010 se reportaron en promedio 39 nacimientos por cada 1.000 mujeres.⁷

6. El caso del departamento del Atlántico

El departamento del Atlántico tiene una tasa de fecundidad adolescente y una proporción de maternidad adolescente por debajo del promedio nacional.

GRÁFICO 9
Colombia: Tasas globales (TGF) y específicas (TFA)
de fecundidad por nivel educativo, 2000 y 2010



Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2000 y 2010.

⁷ Para el año 2000 no se reportaron nacimientos en mujeres adolescentes con educación universitaria. Esto debe interpretarse con reserva, ya que es probable que esto se deba a un problema de selección de la muestra de mujeres con ese nivel educativo.

Dado esto, resulta interesante indagar sobre estas dinámicas a nivel de zonas de residencia, estrato socioeconómico y educación. De esta manera, se busca determinar si en todos estos subgrupos el comportamiento del indicador es igual al agregado o si se pueden identificar tendencias y grupos de ocurrencia que merezcan una atención y tratamiento diferenciado.

Cuando se analiza la TFA a nivel de zona de residencia urbana, se observa que para 2010 la tasa fue de 59 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, lo que representa una reducción de 21% respecto al valor del año 2000. Para las zonas rurales la tasa fue de cero.⁸ Respecto a la proporción de madres adolescentes, se encuentra que 48,6% de las mujeres entre 20 y 24 años que habitaban zonas rurales reportó ser madre entre los 15 y los 19 años, frente a un 24% de las zonas urbanas (Cuadro 5).

Por estrato, se observa que, al igual que en el agregado nacional, se presenta una disminución paulatina de la tasa a medida que el estrato se incrementa. Se destaca la variación de la TFA entre 2000 y 2010 en los estratos bajo y alto, con un porcentaje de incremento de 20% y 51%, respectivamente.

En educación se encuentran tendencias interesantes. La TFA tiene una forma de U, alcanzando sus valores extremos en las mujeres en el grupo de primaria y sin educación y en el universitario.⁹ La maternidad adolescente se reduce a medida que se incrementa el nivel de educación, siendo de 66% en las mujeres sin educación primaria, de 44% en quienes tienen nivel de secundaria y de 3,4% en universitario. Cabe mencionar que en todos los niveles se observa un incremento de los porcentajes entre 2000 y 2010. De esta forma, si bien la maternidad adolescente se concentra en las mujeres con baja educación, no se puede descartar el dato del incremento de su ocurrencia en el nivel de secundaria, ya que allí se concentra el mayor número de mujeres. La implicación de esto es que en materia de programas de prevención, la población a atender es mayor en las mujeres con este nivel educativo.

⁸ Es en estos casos en que el indicador de porcentaje de ocurrencia de maternidad adolescente es un mejor indicador que la TFA, ya que esta última solo cuenta los nacimientos reportados el último año, mientras que el porcentaje muestra de manera precisa cuántas mujeres fueron madres durante su adolescencia.

⁹ Es posible que el nivel de este último grupo sea explicado por el diseño de la muestra de la encuesta de 2010, por lo que no se puede demostrar con seguridad este comportamiento.

CUADRO 5
Departamento del Atlántico: Tasas globales y específicas de fecundidad, y prevalencia de la maternidad adolescente por variables socioeconómicas, 2000 y 2010

Variables	TGF			TFA			% Madres adolescentes		
	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual
Total	2,7	2,6	-5,9	76	56	-26,2	29,6	25,6	-13,5
Por zona									
Urbana	2,5	2,7	8,9	75	59	-21,1	28,1	24,1	-14,2
Rural	4,0	0,9	-78,5	83	0	-100,0	53,6	48,6	-9,4
Por estrato socioeconómico									
Muy bajo	4,3	2,5	-40,9	236	148	-37,1	57,7	73,9	27,9
Bajo	2,9	2,6	-8,5	60	72	20,5	42,9	41,9	-2,1
Medio	2,5	2,8	11,4	40	38	-6,5	26,8	28,7	7,0
Alto	1,9	2,9	52,7	29	44	51,4	16,5	13,3	-19,5
Muy alto	1,5	1,8	15,9	59	28	-53,0	13,4	2,0	-84,9
Por nivel educativo									
Primaria + Sin educación	4,0	2,5	-35,7	92	75	-18,4	55,6	66,4	19,5
Secundaria	2,6	2,6	0,2	80	54	-32,3	36,7	44,0	20,1
Universitario	1,5	2,5	62,4	0	72	~	3,3	3,4	0

Nota: Para el estrato socioeconómico la comparación se hizo con datos de la ENDS 2005.

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2000, 2005 y 2010.

C. Uso y acceso de métodos anticonceptivos

La alta actividad sexual durante la adolescencia y la prevalencia diferencial de la maternidad adolescente hace que sea pertinente el estudio del uso y acceso a métodos anticonceptivos. Como se mencionó, si la alta actividad sexual no es paralela a un uso efectivo de métodos preventivos, el riesgo de embarazos no pla-

neados se incrementa. En esta sección se examinan los patrones de uso en las adolescentes y jóvenes colombianas, con el fin de determinar si los patrones de comportamiento desiguales de la maternidad adolescente pueden ser explicados por un acceso y uso también diferencial de los métodos anticonceptivos.

1. Los “tres hitos” en la vida sexual y reproductiva de las mujeres

Di Cesare (2007) llama los “tres hitos” en la vida sexual y reproductiva de las mujeres a: 1) la ocurrencia de la primera relación sexual; 2) la primera unión; y 3) el primer hijo. En el Gráfico 10 se presenta la prevalencia de cada uno de estos tres eventos a lo largo de la adolescencia de las mujeres entre 20 y 24 años.

El análisis en particular de la edad a la primera relación sexual evidencia la gran brecha entre el inicio de la actividad sexual respecto al inicio de la unión y la maternidad. Cerca del 80% de las mujeres entre 20 y 24 años tuvieron una relación sexual en su etapa adolescente, la cual no es simultánea a la ocurrencia de la maternidad y la unión. La frecuencia de estos eventos se acelera a partir de los 17 años. En los primeros años de adolescencia se mantienen porcentajes bajos.

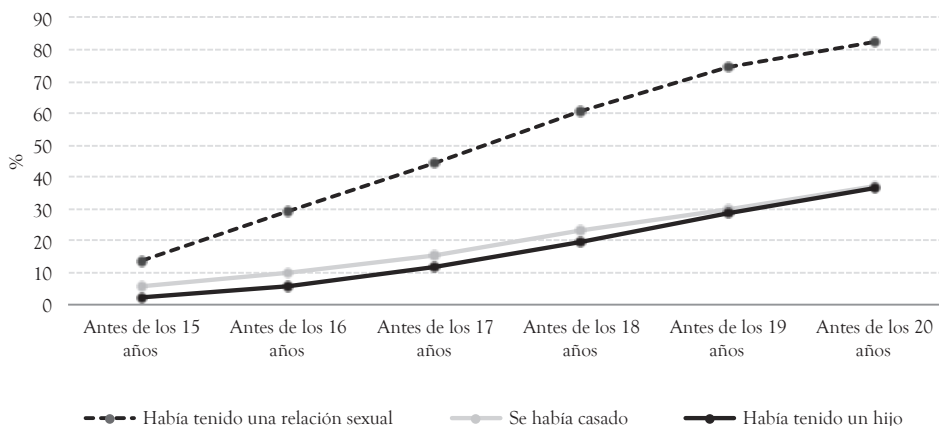
Antes de los 16 años se observa una estrecha relación entre los tres fenómenos, que se dispersa a edades mayores. Welti (2005) ofrece una posible explicación del comportamiento de los tres eventos en edades tempranas: entre menor sea la edad de inicio de la actividad sexual es más probable que las mujeres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

Este escenario también nos revela un mayor riesgo de ocurrencia de embarazos no planeados, que en 2008 representaron un 67% del total de embarazos ocurridos en Colombia (Prada, *et al.*, 2011). De este 67%, un 29% termina en abortos inducidos, 29% en nacimientos y 9% en abortos espontáneos.¹⁰ Prada, *et al.* (2011) ofrecen cuatro explicaciones de la alta incidencia de embarazos no planeados en Colombia: 1) las preferencias de las mujeres por un menor número de hijos, que se evidencian en las diferencias entre la fecundidad observada y desea-

¹⁰ El documento de “Aborto Inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008” utiliza una metodología de estimación indirecta de los abortos inducidos, con base en las mujeres que reportan tener complicaciones por abortos inducidos, añadiéndoles un multiplicador o factor de expansión que cobije a las mujeres que no reportan complicaciones o que no atienden sus complicaciones en entidades de salud. Se requiere hacer estos ajustes metodológicos debido a la naturaleza “ilegal” del aborto inducido en Colombia.

GRÁFICO 10

Colombia: Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que había tenido una relación sexual, se había unido y había tenido un hijo, 2010



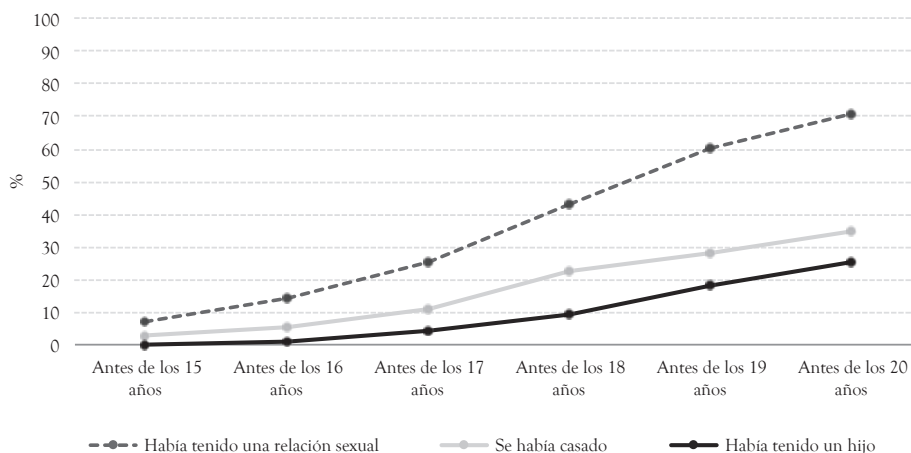
Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

da, la cual va disminuyendo a medida que el estrato socioeconómico es más alto; 2) características del uso actual de métodos anticonceptivos; 3) mayor actividad sexual y demanda insatisfecha en mujeres jóvenes; y 4) aumento de la población desplazada, explicado por las condiciones de violencia interna. Las razones 2 y 3 se abordarán más adelante.

El caso del departamento del Atlántico, descrito en el Gráfico 11, muestra una realidad similar a la tendencia nacional. Si bien se mantiene la gran brecha entre la actividad sexual y el inicio de la unión y la maternidad, en el Atlántico la actividad sexual es casi 10 puntos porcentuales inferior al valor nacional, 71,1% comparado con 82,4% para Colombia como un todo.

En cuanto a la edad mediana en que ocurren los “tres hitos” (primera relación sexual, primera unión y primer hijo), se observa, tanto en el agregado nacional como por zonas y regiones, que, en 2010, la edad promedio de la primera relación sexual era a los 16 años; la primera unión, a los 17, y el primer nacimiento a los 18 (Cuadro 6). Existe una diferencia de un año, en promedio, entre el inicio de la actividad sexual y la unión, así como entre esta última y el primer nacimiento. Esta brecha sugiere que la mujer adolescente es más propensa a embarazos no

GRÁFICO 11
 Departamento del Atlántico: Porcentaje de mujeres
 entre 20 y 24 años que había tenido una relación sexual,
 se había unido y había tenido un hijo, 2010



Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

planeados y a contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (Juárez, *et al.*, 2010), debido a factores como necesidades no satisfechas de anticoncepción, baja percepción de riesgo, y un contexto de permisividad y aceptación a la maternidad temprana.

Las cifras por departamento muestran que en el Atlántico la edad mediana de la primera unión es a los 17 años y el inicio de la actividad sexual se da a una edad mayor que en Colombia (17 años, frente a 16 a nivel nacional), al igual que el primer nacimiento.¹¹

En cuanto al uso del condón en la primera relación sexual, se observa que apenas el 55% de las adolescentes colombianas de 15 a 19 años lo usaron en 2010, mientras que 49% de las mujeres de 20 a 24 años lo utilizó. De este modo, es menos probable que lo use una mujer con bajo nivel educativo, que habite en zonas rurales, que sea de un estrato bajo y habite en la Región Caribe (Anexo 1).

¹¹ Esto es positivo en la medida en que se contrarresta el argumento y, por lo tanto, las consecuencias de la tesis de Brown y Eisenberg (1995, pp. 61), quienes sostienen que, a menor edad de inicio de actividad sexual, menor es la probabilidad de que se use algún método en la primera relación sexual.

CUADRO 6
*Colombia: Edad mediana de la primera relación sexual,
 primera unión y primer nacimiento en mujeres de 20 a 24 años,
 varias regiones, 2000 y 2010*

Variables	Edad mediana a la :					
	1ra relación sexual		1era unión		1er nacimiento	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Total	17,4	16,4	17,5	17,4	17,9	17,7
Zona						
Urbana	17,6	16,5	17,6	17,6	18,1	17,8
Rural	16,6	15,9	17,0	16,8	17,5	17,4
Departamentos seleccionados						
Atlántico	17,4	16,9	17,7	17,4	18,1	18,4
Bolívar	16,4	16,2	17,5	16,6	17,6	17,9
La Guajira	15,2	16,2	15,1	16,8	16,6	17,2
Magdalena	16,7	15,8	16,8	16,8	17,6	17,5
Santander	16,9	16,3	17,6	17,5	18,2	17,8
Antioquia	16,9	16,0	17,8	17,8	18,1	17,7
Valle del Cauca	16,1	15,7	17,3	17,4	17,5	17,6
Amazonas	15,9	14,7	17,4	16,2	17,5	17,0
Vichada	15,4	15,3	17,0	16,2	17,3	17,0

Nota: Para Amazonas y Vichada la comparación se hizo con datos de la ENDS 2005.

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2000, 2005 y 2010.

En el departamento del Atlántico se observa un mayor uso del condón en la primera relación sexual frente al promedio de la región: 41% de las adolescentes de 15 a 19 años y 38,8% de las de 20 a 24 afirmaron utilizarlo. La Guajira es el departamento del Caribe donde una menor proporción de adolescentes de 15 a 19 años usó condón en su primera relación sexual (21,7%). Estos resultados son relevantes, ya que el uso de algún método en la primera relación sexual constituye

el vencimiento de barreras de acceso a los mismos, así como de las construcciones sociales que giran en torno al uso de métodos anticonceptivos acerca de la autonomía de las mujeres. Es de esperar que las mujeres que usen un método anticonceptivo durante su primera relación sean más propensas a seguir usándolo en el resto de su vida sexual.

2. Conocimiento de métodos anticonceptivos

Vargas, *et al.* (2012) reportan que, en 2010, 80% de las adolescentes colombianas tuvo acceso a algún tipo de información acerca de la sexualidad. De estas, 61% reportó haber asistido a conferencias sobre educación sexual, 33%, a clases exclusivas de sexualidad y 23% a talleres sobre el tema. Del porcentaje que tuvo acceso a dicha información, 30% reportó que le fue dictada por profesores de biología o anatomía, 19% la obtuvo del profesor de educación sexual, 19% de un asesor del hospital o centro de salud, 17% del profesor de ética, 9% del psicólogo y 9% de un profesor de otra materia (*Ibid.*, 2012). Es decir, las fuentes de información en temas de sexualidad se pueden clasificar en tres grupos: familia, escuela y servicios de salud.

El Cuadro 7 muestra los porcentajes de mujeres adolescentes y jóvenes de 13 a 24 años que reportan el agente de quien recibieron la información. Lo más común es que esta provenga de las madres. En segunda instancia, proviene de profesores de anatomía o biología.

En el contexto familiar se observa, tanto a nivel nacional como en el departamento del Atlántico, una alta participación del papel de las madres en la transmisión de información en temas de sexualidad (41% a nivel nacional y 34% en el Atlántico en el caso de las mujeres entre 13 y 24 años). En segundo lugar se encuentra “otro familiar” y en último lugar aparece finalmente el papel del padre. Lo anterior es un síntoma de la inexistencia del rol de los hombres en temas de sexualidad, reproduciéndose así la concepción de que son asuntos exclusivos de las mujeres y sólo entre ellas pueden tratarse.

En la escuela son los profesores de anatomía o biología quienes por lo común transmiten la información: en el país como un todo, 24% de las adolescentes y jóvenes, en Atlántico, 23%. Esto condiciona el tipo de contenidos que se presentan, y es de esperar que la información sea más en términos anatómicos, que un discurso de derechos y opciones de vida. Es importante profundizar en el estudio de los temas que se abordan en estas sesiones de escuela.

CUADRO 7
Colombia y Atlántico: Fuentes de información en temas de sexualidad reportadas por las adolescentes y jóvenes, 2010
 (porcentajes)

Fuente	Nacional	Atlántico	Atlántico Adolescentes (15-19 años)
Familia			
Papá	8,6	8,1	7,4
Mamá	41,2	34,0	37,4
Otro familiar	16,7	16,5	16,5
Escuela			
Profesor de religión	3,4	2,7	2,7
Profesor de anatomía o biología	24,1	23,4	27,2
Profesor de ética	13,5	16,8	19,2
Doctor de la escuela	6,0	6,7	4,4
Servicios de Salud			
Instructor de Profamilia	7,1	2,7	1,8
Instructor de un centro de salud u hospital	30,0	12,7	9,9
Doctor	4,0	4,2	1,8
Paramédico	1,5	1,3	1,3
IPS	7,7	7,1	4,9
Profamilia	1,4	0,5	0,0

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

En el sector de la salud se destaca el papel que juegan los instructores de centros de salud y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en la transmisión de la información. En Atlántico, entre las mujeres de 13 a 24 años, 12,7% manifestó haber recibido información sobre temas de sexualidad.

En general, los temas más abordados en las conversaciones y charlas de educación sexual son los referentes a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), SIDA, anatomía de los órganos sexuales, embarazo y parto. Los temas menos abordados son aquellos relacionados con la toma de decisiones y el reconocimiento

de las adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos. Como se mencionó, se observa una parcialización de la información, debido a que no están obteniendo recomendaciones de, por ejemplo, cómo llevar una vida sana en pareja, derechos sexuales y reproductivos y de cómo abordar su proyecto de vida, todo lo cual está supeditado a quienes se encargan de hablarles acerca de estos temas a los adolescentes y jóvenes.

Vargas, *et al.* (2013) también confirman el papel importante de los medios de comunicación como fuente de información sobre el tema de sexualidad: entre las mujeres menores de 25 años, 66% reporta la televisión como fuente de información; 30%, libros; 23%, internet y 19%, radio. Como anotan Brown y Eisenberg (1995), esta alta participación de los medios de comunicación en la promoción de la información sobre la sexualidad es riesgosa si se acompaña de poca información recibida en la escuela y la familia.

La cuestión es eliminar las asimetrías de información que tienen los jóvenes acerca de su sexualidad, dado que sólo así se podrá construir una verdadera percepción del riesgo al que se exponen al tener relaciones sexuales sin la protección adecuada.

I. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Como se explicó en la sección III, los métodos anticonceptivos son tres según Profamilia: folclóricos, naturales y modernos. Los folclóricos se derivan de prácticas populares respecto a la prevención de embarazos. Los naturales no emplean mecanismos de protección externos al cuerpo, sino que se basan en el funcionamiento de los órganos reproductivos de hombres y mujeres (ritmo, coito interrumpido, etc.). Los modernos ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos ajenos al cuerpo, tales como condón, píldoras, vasectomía, etc.

En Colombia, entre 1990 y 2010, se registró un incremento significativo en el uso de métodos modernos, acompañado de una reducción del uso de métodos tradicionales (folclóricos y naturales) y del no uso. Singh y Darroch (2012) identifican tres beneficios que genera el incremento del uso de este tipo de métodos: disminuye la incidencia de embarazos no planeados, ayuda a disminuir las muertes maternas, y disminuye los costos de los nuevos nacimientos, debido a la reducción de los no planeados.

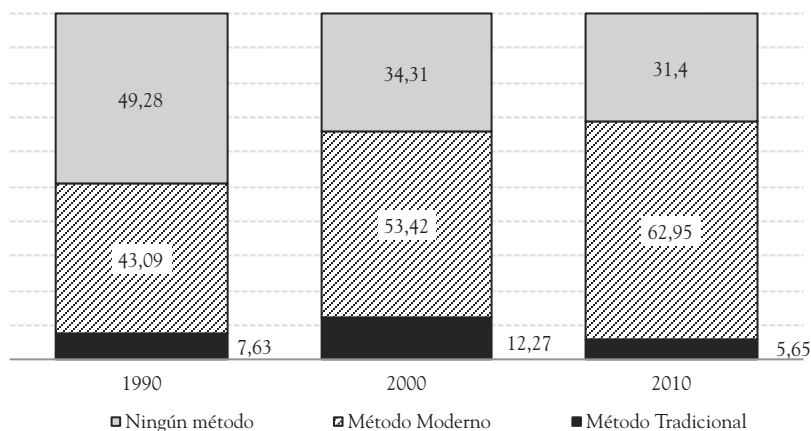
En esta sección se examina el uso de métodos anticonceptivos por mujeres unidas (legalmente casadas o conviviendo en unión libre) de 15 a 24 años de edad. Se toma este grupo de edad para tener una mirada completa a las adolescentes

y jóvenes colombianas, considerando así a las mujeres con experiencia de maternidad adolescente reciente y a quienes transitaban la etapa adolescente al momento de la encuesta. Además, se reconoce que son estas las mujeres que tienen más dificultades para obtener métodos anticonceptivos. Por esta razón, se convierten en población objetivo de las políticas públicas, lo cual cobra mayor relevancia cuando los datos demuestran un incremento en la actividad sexual en las mujeres no casadas (Singh y Darroch, 2012).

Según el Gráfico 12, el porcentaje de mujeres casadas en Colombia que no usan métodos anticonceptivos se ha reducido de 49% a 31% entre 1990 y 2010. El uso de métodos modernos ha tenido un crecimiento de cerca de casi 20 puntos porcentuales. En 2010, 63% de las mujeres casadas los utilizaban.

En la Región Caribe se emplean métodos tradicionales en mayor proporción que en otras regiones (en 2010, Región Caribe, 6,28%; Región Central, 6,23%; Oriental, 5,37%; Pacífica, 4,85%, y Bogotá, 5%). La Región Caribe también es la región donde menos se emplean métodos modernos (en 2010, Región Caribe, 48,27%; Región Central, 70,66%; Oriental, 66%; Pacífica, 65,26%, y Bogotá,

GRÁFICO 12
Colombia: Distribución porcentual de mujeres casadas y en unión libre de 15 a 24 años según su uso de anticonceptivos, 1990, 2000 y 2010.



Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 1990, 2000 y 2010.

67,5%). Más aún, en la Región Caribe 45% de las mujeres casadas o en unión libre afirma no hacer uso de ningún método. Esto implica un mayor riesgo de ocurrencia de embarazos no planeados en la adolescencia, dada la edad temprana en la cual ocurren, casi simultáneas con el inicio de la actividad sexual y el emparejamiento.

El departamento del Atlántico se destaca por ser el segundo de la Región Caribe, después de San Andrés, con el mayor uso del método moderno; en 2010, 57% de las mujeres casadas lo utilizaba (Cuadro 8). Asimismo, tiene la menor prevalencia de casadas que no usaron un método anticonceptivo (35,9% en 2010).

Se impone, por lo tanto, aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Atlántico y en el resto de los departamentos de la Región Caribe. Una parte fundamental de una estrategia tal es mejorar la educación sexual que se ofrece a jóvenes y adolescentes.

CUADRO 8

Región Caribe: Distribución porcentual de mujeres casadas entre 15 y 24 años, según su uso de anticonceptivos, 1990, 2000 y 2010.

Concepto	Tipo de método								
	Ningún método			Método Tradicional			Método Moderno		
	2010	2000	1990	2010	2000	1990	2010	2000	1990
Región Caribe	45,5	39,8	65,3	6,3	14,7	4,3	48,3	45,5	30,4
Atlántico	35,9	38,6	62,0	7,0	15,0	3,7	57,1	46,4	34,3
Bolívar	46,6	46,3	59,9	4,9	7,9	10,4	48,5	45,8	29,8
Cesar	46,1	33,0	67,9	3,9	13,9	1,6	50,1	53,1	30,5
Córdoba	48,2	37,5	50,6	6,9	18,2	6,7	44,9	44,3	42,7
La Guajira	59,1	45,9	73,4	5,0	10,2	4,6	35,9	43,9	22,0
Magdalena	39,3	39,0	92,5	9,8	17,7	0,0	50,9	43,3	7,5
SAYP	36,2	ND	ND	1,3	ND	ND	62,6	ND	ND
Sucre	55,3	60,0	72,6	5,5	13,1	0,0	39,2	26,9	27,4

Notas: (1) SAYP: San Andrés y providencia. (2) ND: No definido.

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 1990, 2000 y 2010.

Respecto al tipo de método utilizado, en Atlántico, en 2010, aunque las mujeres casadas en su mayoría no usan ningún método anticonceptivo, 16,9% utiliza inyecciones, seguida de pastillas, 15% (Gráfico 13a). En el caso de las mujeres solteras, el método anticonceptivo por excelencia es el condón, donde el 18% afirmó utilizarlo. Un 58% no utiliza ningún método (Gráfico 13b).

Es importante destacar que, aunque en el Atlántico las tasas de actividad sexual y maternidad son bajas comparadas con otras regiones, aún hay una brecha entre ambos eventos: las solteras tienden a usar métodos anticonceptivos en menor proporción, aumentando la probabilidad de que en el departamento ocurran embarazos no planeados. Para atender la alta prevalencia de no uso de métodos en este grupo de mujeres, se deben aunar esfuerzos para mejorar la información y servicios brindados, ofrecerles una oferta anticonceptiva de acuerdo a sus preferencias e implementar campañas de educación pública que reduzcan el estigma acerca de la actividad sexual en este grupo de mujeres, y que a la vez generen un cambio en la actitud de los proveedores de salud respecto a este grupo (Singh y Darroch, 2012).

II. NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN

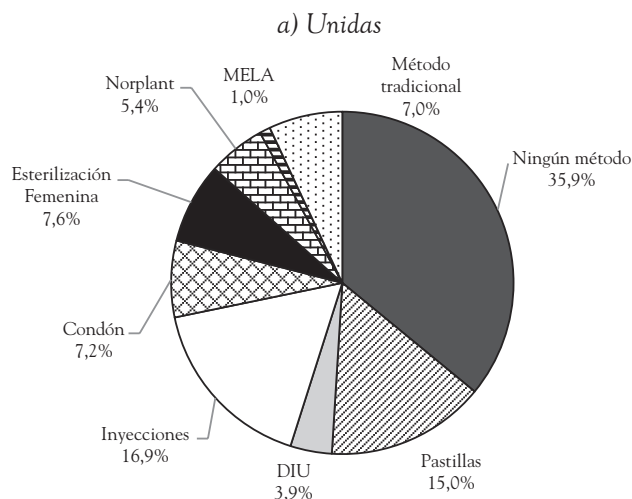
En esta sección se examina el grupo de mujeres de 15 a 24 años, que presenta los mayores porcentajes de Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA). Estas se definen como el porcentaje de mujeres que actualmente no están usando algún método anticonceptivo y que quieren terminar o postergar su maternidad (Bradley, *et al.*, 2012). Existen NNSA por espaciar y otra por limitar. La primera hace referencia a las mujeres que reportan el deseo de ser madre dentro de dos años o más; la segunda, a aquellas que no desean tener más hijos.

El Cuadro 9 muestra la evolución de las NNSA en el periodo de 1990 y 2010 por zona, regiones y algunos departamentos seleccionados. En general, se observa una disminución de las NNSA en las mujeres adolescentes y jóvenes casadas en el periodo analizado.

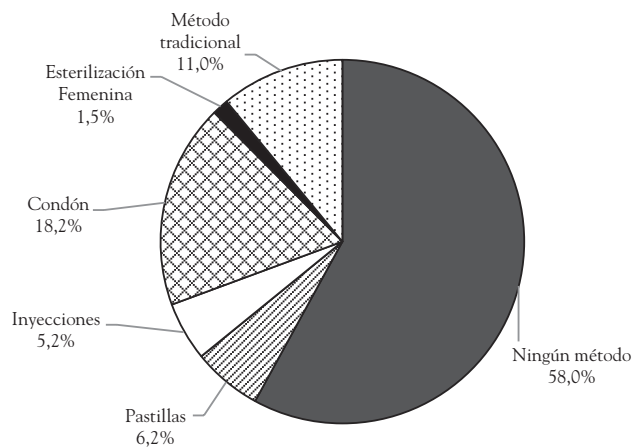
La Región Caribe es la región de Colombia con mayor prevalencia de NNSA con un 22,7% en 2010, superior al de las demás regiones; esto resulta preocupante bajo el contexto regional de alta ocurrencia de uniones y de no uso de métodos anticonceptivos, lo cual incrementa el riesgo de las mujeres a embarazos no planeados así como una mayor paridad.

En el departamento del Atlántico el indicador pasó de 28,6% a 16,7% entre 1990 y 2010. Aunque esa disminución es favorable, la cifra aún no alcanza el va-

GRÁFICO 13
Departamento del Atlántico: Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años, según método anticonceptivo actual usado, 2010



b) Nunca unidas (pero con experiencia sexual)



Notas: (1) El Norplant es un implante anticonceptivo subcutáneo. (2) MELA es un método de planificación familiar usado por mujeres que amamantan.

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.

CUADRO 9
Colombia: Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción en mujeres casadas y en unión libre de 15 a 24 años (nacional, por zonas y departamentos seleccionados), 1990 y 2010

Concepto	Año	
	1990	2010
Nacional	21,0	14,0
Zonas		
Urbano	18,7	13,4
Rural	26,5	15,4
Regiones		
Caribe	30,7	22,7
Oriental	16,4	10,5
Central	14,4	9,9
Pacífica	22,3	14,2
Bogotá	18,6	10,0
Territorios Nacionales	ND	16,9
Departamentos seleccionados		
Atlántico	28,6	16,7
Bolívar	23,8	28,1
La Guajira	28,3	28,6
Magdalena	33,1	17,6
Santander	16,8	11,0
Antioquia	12,0	9,1
Valle del Cauca	15,8	13,4
Amazonas	ND	31,6
Vichada	ND	11,8

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 1990 y 2010.

lor a nivel nacional (14%). Esto es reflejo del acceso limitado que están teniendo las adolescentes y jóvenes del departamento a métodos anticonceptivos, lo cual es reforzado por el tipo de información que se está impartiendo en los temas de sexualidad desde las escuelas.

V. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS TEMPRANOS: EL PROGRAMA CRISÁLIDA

El programa Crisálida, una iniciativa de la Secretaría de la Mujer, de la Gobernación del Atlántico, fue creado en 2013. Su objetivo es atender una población de 15.000 niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 6 y 19 años, para contribuir a su desarrollo integral y de esta manera prevenir los embarazos a temprana edad, así como las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Las intervenciones se realizan en tres grupos etarios: 1) infancia (de 6 a 9 años); 2) adolescencia (10 a 14 años); y 3) juventud (15 a 19 años). El programa se ejecuta en el ámbito de las instituciones educativas oficiales del departamento, buscando beneficiar a población en condición de vulnerabilidad. Los recursos del programa provienen del Ministerio de Salud, a través de un convenio por valor de \$5.700 millones. En el primer semestre de 2016 se dio por finalizada la primera fase del programa.

La estrategia es ofrecer herramientas (“poderes”) para el empoderamiento de niños, adolescentes y jóvenes, que se constituyen en elementos claves en la construcción de sus proyectos de vida y en la prevención del embarazo a temprana edad. Los poderes son: confianza, entusiasmo, decisión, revolución y creatividad, y se imparten a través de talleres, ejercicios lúdicos y capacitaciones.

El programa Crisálida es una iniciativa importante para la sociedad. Es un programa público innovador que aborda el problema de la maternidad temprana con un enfoque integral. Además, es un ejemplo para las demás administraciones departamentales. A continuación se proponen algunas ideas para fortalecer su estructura y su enfoque.

A. La estructura del programa Crisálida

La concepción del programa se basa en una serie de parámetros de comportamiento, sin seguir una línea de promoción y respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Se trata de un manual sobre lo que es correcto e incorrecto hacer durante la adolescencia con frases como “Evita caer en el embarazo no planificado” y “Evita las burlas, críticas y comparaciones”. Esto podría entenderse como una limitación al ejercicio de la libertad. Quizá más apropiado sería que el programa se conciba como un apoyo en la toma de decisiones en el marco del pleno ejercicio de la libertad individual y el respeto por los derechos sexuales y reproductivos de la población objetivo.

Para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, la estrategia de construcción de capacidades para identificar y plantear proyectos debe complementarse con acciones que ayuden a materializarlos. No es suficiente ofrecer una formación integral. También debe darse la posibilidad de poner en marcha esos proyectos de vida que ofrezcan alternativas diferentes a, por ejemplo, la maternidad, en el caso de las adolescentes. Esto implica que los sujetos se convenzan de que sus proyectos pueden ser una realidad. Por lo tanto, se hace necesario la incorporación de entidades como el SENA, universidades y empresas públicas o privadas, con las cuales se pueda crear un sistema de becas y empleo dirigidos a este grupo específico de la población.

Además, es posible ampliar la visión del programa para trabajar desde un marco de defensa de los derechos sexuales y reproductivos, a partir de la propuesta de Educación Integral en Sexualidad (EIS) de la Federación Internacional para la Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés). Se trata de un enfoque basado en un marco de derechos que busca equipar a la gente joven con los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que necesitan para determinar y gozar de su sexualidad física y emocional, a nivel individual y de sus relaciones. Concebida así la EIS reconoce y acepta a todos como seres sexuales y se ocupa de mucho más que la prevención de enfermedades y del embarazo (IPPF, 2006).

Se debe promover una educación en sexualidad que involucre a todos los agentes sociales que tienen impacto sobre el contexto de vida de los y las adolescentes y jóvenes. La idea es generar conocimientos y prácticas seguras bajo un marco de respeto y aceptación de cada individuo. Lo anterior se potencializa vía los siete componentes de la EIS: género, salud sexual y reproductiva, creación de ciudadanía sexual (vía el reconocimiento y respeto de derechos), reconocimiento del placer, caracterización de los diferentes tipos de violencia, y reconocimiento de la diversidad y de la variedad de relaciones.

B. La metodología del programa Crisálida

Con base en información proporcionada por la Secretaría de las Mujeres ha sido posible determinar algunos aspectos de la metodología del programa Crisálida que se comentan a continuación.

Se necesita realizar una caracterización de la población objetivo con el fin de clasificarla según la incidencia de la maternidad temprana, de tal forma que pue-

dan identificarse segmentos de la población que necesite una atención diferenciada o prioritaria, teniendo en cuenta los aspectos socioculturales y de género de los escenarios (escuelas). Los datos presentados en las secciones anteriores muestran que este es un fenómeno cuya ocurrencia depende de las condiciones sociales y económicas de los contextos en los cuales se desarrollan los agentes.

Además, el programa puede fortalecerse si se nutre de un diagnóstico riguroso del fenómeno, identificando a partir de información primaria que permita precisar las áreas del departamento con mayor incidencia de embarazos a temprana edad. Asimismo, se podría potenciar la implementación del programa a partir de la creación de un grupo de población de control que permita evaluar el impacto del mismo. Para ello se requiere un levantamiento inicial de información en los grupos nuevos con los que el programa inicie su atención y que no tenga activo ningún programa referente a los embarazos a temprana edad.

En línea con lo anterior, se requiere formular indicadores de impacto del programa. Actualmente sólo se cuenta con indicadores de resultados (capacitaciones ofrecidas, personas capacitadas, entre otros) que no permiten evaluar la efectividad del programa. Entre estos indicadores se pueden incluir algunos que midan el cambio de percepciones de la población objetivo sobre temas claves en la sexualidad, cambios de comportamientos riesgosos y la calidad de la información impartida en las capacitaciones/talleres realizadas en la escuela. Una medición en estos términos permitiría determinar cuáles fueron las áreas clave que ayudaron a disminuir la ocurrencia del embarazo temprano.

Por último, la evaluación de los indicadores debe realizarse durante la implementación del programa para producir informes que muestren la evolución y los cambios que se están generando en la comunidad.

VI. CONCLUSIONES

El departamento del Atlántico presentó en 2010 una Tasa de Fecundidad Adolescente de 56 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, menor en 26% a la observada en el año 2000. Esta es la tasa más baja de los departamentos de la Región Caribe, que en 2010 tuvo un promedio de 77 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes que se reportan en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS).

El análisis muestra que en el Atlántico la incidencia de la maternidad adolescente difiere según las características sociodemográficas de la población, con una

mayor tasa de ocurrencia en mujeres con bajo nivel educativo, que habitan en zonas rurales o que pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos.

Así mismo, en el departamento se observan algunas características que pueden reforzar la incidencia del embarazo adolescente. Si bien el 17% de la población tiene NNSA, un porcentaje bajo respecto al promedio de la Región Caribe, cerca del 40% de las mujeres solteras entre 15 y 19 años tiene relaciones sexuales premaritales y 90% de las mujeres de 20 a 24 años iniciaron su vida sexual en su adolescencia. Además, 36% de las mujeres entre 15 y 24 años unidas no utilizaban ningún método anticonceptivo. Todos estos patrones implican una mayor exposición a embarazos no planeados.

Lo anterior también implica la necesidad de formular e implementar políticas públicas de población que reconozcan desde sus bases la existencia y ejercicio de la sexualidad en los adolescentes. Se deben generar programas sin sesgos ideológicos, de moral o de género, que promuevan el respeto y la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

Colombia muestra importantes avances tanto desde las políticas públicas como desde la academia para abordar el tema de la maternidad adolescente. Estos deben reflejarse en cambios en el ideario nacional que elimine los tabúes sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes, para reconocerlos como sujetos de derecho. Es fundamental ofrecerles opciones creíbles y viables de proyectos de vida no condicionados por roles de género socialmente predeterminados, así como reconocerlos como sujetos de derechos para empezar a lograr cambios en los indicadores demográficos referentes a la maternidad temprana.

En este sentido, la existencia de un programa como Crisálida, que pretende abordar la realidad de la maternidad temprana, marca un hito para las demás administraciones departamentales en la medida en que le da relevancia a una realidad social presente en la sociedad colombiana. Si bien desde la Gobernación del Atlántico se han presentado iniciativas previas en torno a este tema, Crisálida es el programa que intenta darle un abordaje más integral al problema de la maternidad temprana.

Este programa debe ser complementado con el levantamiento de información sobre percepciones en materia de salud sexual y reproductiva en los estudiantes de las escuelas públicas, escenario en el cual se aplica el programa Crisálida. Esto permitirá tener una mejor medición del fenómeno de la maternidad adolescente y de los factores contextuales que potencializan su ocurrencia y prevalencia dentro de la población atlanticense.

Finalmente, es necesario tener indicadores más actualizados. La próxima publicación de la ENDS con información de 2015 permitirá examinar cómo han evolucionado las condiciones de vida de las mujeres en edad reproductiva del país en los últimos cinco años.

REFERENCIAS

- Banco Mundial (2015), *Tasa de Fertilidad Total*, [Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>, Consultado el 21 de marzo de 2016].
- Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff (2012), “Revising Unmet Need for Family Planning”, *DHS Analytical Studies*, No. 25.
- Brahmbhatt, Heena, Anna Kägesten, Mark Emerson, Michele R. Decker, Adesola O. Olumide, Oladosu Ojengbede, Chaohua Lou, Freya L. Sonenstein, Robert W. Blum, and Sinead Delany-Moretlwe (2014), “Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban Disadvantaged Settings across Five Cities”, *Journal of Adolescent Health*, Vol. 55, No. 2.
- Bongaarts, John (2003), “Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Roles of Educational Differences and Fertility Preferences”, *Working Paper*, No. 177, Policy Research Division, Population Council.
- Brown, Sarah S., and Leon Eisenberg (1995), *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*, Washington: National Academy Press.
- Buvinic, Mayra (1998), “Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México”, *Technical Notes*, Inter-American Development Bank, [Disponible en: <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/1481911.pdf>].
- Cabrera, Victoria, Pablo Salazar, María del Carmen Docal, Viviana Aya, Marta Ardila, Reynaldo Rivera (2013), *Estilo de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual*, Bogotá: Procuraduría General de la Nación e Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- Caldwell, John (1978), “Theory of Fertility: From High Plateau to Destabilization”, *Population and Development Review*, Vol. 4, No. 4.
- Corte Constitucional (2006), Sentencia C-355, “Referencia: Expedientes D-6122, 6123 y 6124 Demandas de inconstitucionalidad contra los Arts. 122, 123 (parcial), 124, modificados por el Art. 14 de la Ley 890 de 2004, y 32, numeral 7, de

- la ley 599 de 2000 Código Penal”, [Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21540>, Consultado el 17 de febrero de 2016].
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y Universidad del Valle (2010), *Análisis regional de los principales indicadores sociodemográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir del Censo General 2005*, Bogotá: DANE y Universidad del Valle, [Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Afro_indicadores_sociodemograficos_censo2005.pdf, Consultado el 10 de noviembre de 2015].
- Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas (2012), *World Population Prospects*, [Available at: <http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/fertility.htm>, Consulted: January 19th, 2016].
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2012), “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”, *Documento CONPES*, No. 147, [Disponible en: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf. Consultado 10 de noviembre de 2015].
- Di Cesare, Mariachiara (2007), “Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe”, *Población y Desarrollo*, No. 72, [Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7211/1/S0700009_es.pdf].
- Fernández, Ana María (2009), *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Flórez, Carmen Elisa (2005), “Fecundidad adolescente: diferenciales sociales y geográficos 2005”, *Revista Virtual de la Información Básica*, Vol. 4, No. 2.
- Flórez, Carmen Elisa, y Jairo Núñez (2001), “Teenage Childbearing in Latin American Countries”, *Research Network Working Paper*, No. R-434, <http://www15.iadb.org/res/laresnetwork/files/pr109finaldraft.pdf>, [Consultado 20 de enero de 2016]
- Flórez, Carmen Elisa, y Victoria Soto (2007), “Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia”, *Notas de Población*, Vol. 33, No. 83.
- Flórez, Carmen Elisa, y Victoria Soto (2013), “Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia”, *Serie de Estudios a Profundidad, Pro-familia*, [Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20>

- DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf, Consultado el 11 de noviembre de 2015].
- Flórez, Carmen Elisa, Elvia Vargas, Juanita Henao, Constanza González, Victoria Soto, y Diana Kassem (2004), “Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida”, *Documento CEDE*, No. 2004-31.
- Hoffman, Saul, E. Michael Foster, and Frank F. Furstenberg (1993), “Reevaluating the Costs of Teenage Childbearing”, *Demography*, Vol. 30, No. 1.
- Hernández, Astrid (2007), *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*, Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), [Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf, Consultado el 12 de noviembre de 2015].
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2006), *Marco de la IPPF para la Educación Integral en Sexualidad*, [Disponible en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_sexedsp.pdf, Consultado el 6 de noviembre de 2015].
- Juárez, Fátima, José Luis Palma, Susheela Singh, y Akinrinola Bankole (2010), *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*, Nueva York: Guttmacher Institute, [Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Adolescentes-Mexico.pdf>, Consultado el 5 de noviembre de 2015].
- Menkes, Catherine, y Leticia Suárez (2013), “El embarazo de los adolescentes en México: ¿Es deseado?”, *Coyuntura Demográfica*, No. 4.
- Paz, Leonor (2009), *Educación y fecundidad en México y Colombia*, Tesis doctoral, Ciudad de México: El Colegio de México.
- Prada, Elena, Susheela Singh, Lisa Remez, y Cristina Villarreal (2011), *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y consecuencias*, New York: Guttmacher Institute, [Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf>, Consultado 5 de noviembre de 2015].
- Profamilia (2010), *Encuesta de Demografía y Salud, 2010*, Publicación de Profamilia.
- Profamilia (2015), *Métodos Anticonceptivos. Preguntas y respuestas*, [disponible en: <http://profamilia.org.co/preguntas-y-respuestas/metodos-anticonceptivos/>, Consultado el 17 de febrero de 2016].
- Programa Crisálida (s. f.), *Blog electrónico*, [Disponible en: <http://boletincrisalida.blogspot.com/>, Consultado el 26 de enero de 2016].

- Reyes, David, y Esmeralda González (2014), “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sexualidad, Salud y Sociedad”, *Revista Latinoamericana*, No. 17.
- Robles, Lina (2014), “Mujeres de Barranquilla, las que más tarde inician su vida sexual”, *El Heraldo*, mayo 14, [Disponible en: <http://www.elheraldo.co/tendencias/mujeres-de-barranquilla-las-que-mas-tarde-inician-su-vida-sexual-152473>].
- Rubín, Jane (1989), “Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México: Cambios y perspectivas”, en Beatriz Figueroa (compiladora), *La Fecundidad en México. Cambios y perspectivas*, Ciudad de México: El Colegio de México.
- Rutstein, Sheal, and Guillermo Rojas (2006), *Guide to DHS Statistics. Demographic and Health Surveys Methodology*, [Available at: http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_29Oct2012_DHSG1.pdf, Consulted: November 3rd, 2015].
- Singh, Susheela, and Jacqueline E. Darroch (2012), *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. Estimates for 2012*, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), [Available at: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>, Consulted: November 5th, 2015].
- Stern, Claudio, y Catherine Menkes (2008), “Embarazo adolescente y estratificación social”, en Susana Lerner, e Ivonne Szasz (coordinadoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Ciudad de México: El Colegio de México.
- United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) (2012), *Cuando el parto es nocivo: La fístula obstétrica*, [Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Fistula.pdf>, Consultado el 5 de noviembre de 2015].
- United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) (2015), *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente*, Ciudad de Panamá: UNICEF, [Disponible en: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes__y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf, Consultado el 21 de marzo de 2016].
- Vargas, Elvia, Darwin Cortés, Juan Miguel Gallego, Darío Maldonado, y Marta Ibarra (2013), “Educación sexual de las mujeres colombianas en la juventud: Un análisis desde el enfoque basado en los derechos”, *Serie de Estudios a Profundidad*, Profamilia, [Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/6%20-%20EDUCACION%20SEXUAL%20DE%20MUJERES%20>

- COLOMBIANAS%20EN%20LA%20JUVENTUD.pdf, Consultado el 6 de noviembre de 2015].
- Welti, Carlos (editor) (1997), *Demografía 1*, 1a ed., Ciudad de México: Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP) y Universidad Nacional Autónoma de México, [Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2013/08/Demografia-I.pdf>, Consultado el 21 de abril de 2016].
- Welti, Carlos (2005), “Inicio de la vida sexual y reproductiva”, *Papeles de Población*, Vol. 11, no. 45, [Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a7.pdf>].
- Were, Maureen (2007), “Determinants of teenage pregnancies: The case of Busia District in Kenya”, *Economics and Human Biology*, Vol. 5, No. 2.
- World Health Organization (WHO) (2002), *Progress in Reproductive Health Research*, No. 58.

ANEXO

ANEXO 1

Colombia: Uso del condón en la primera relación sexual, 2010
(porcentajes)

Variable	Uso de condón en la primera relación	
	15-19 años	20-24 años
Total	55,5	49,1
Por zona		
Rural	47,5	34,9
Urbana	58,0	52,5
Por estrato		
Muy Bajo	40,6	29,2
Bajo	53,0	42,8
Medio	56,2	51,3
Alto	64,0	53,9
Muy alto	66,4	64,8
Por Región		
Caribe	37,5	35,3
Oriental	61,3	50,0
Central	60,3	52,6
Pacífica	59,0	49,0
Bogotá	55,8	57,9
Territorios Nacionales	54,3	46,4
Por nivel educativo		
Sin educación + Primaria	32,3	25,7
Secundaria	56,4	45,0
Universitaria	68,7	63,6
Departamentos		
Atlántico	41,0	38,8
Bolívar	38,5	35,7
Cesar	38,9	42,2
Córdoba	40,0	32,9
La Guajira	21,7	38,5
Magdalena	29,2	23,7
San Andrés y Providencia	47,6	30,5
Sucre	41,1	36,3

Fuentes: Elaboración propia con base en ENDS 2010.