

NOTAS DE POBLACIÓN

AÑO XXXIII • N°83 • SANTIAGO DE CHILE



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) -

División de Población de la CEPAL

Dirk Jaspers, Director

La Revista **NOTAS DE POBLACIÓN** es una publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, cuyo propósito principal es la difusión de investigaciones y estudios de población sobre América Latina y el Caribe, aun cuando recibe con particular interés artículos de especialistas de fuera de la región y, en algunos casos, contribuciones que se refieren a otras regiones del mundo. Se publica dos veces al año, con una orientación interdisciplinaria, por lo que acoge tanto artículos sobre demografía propiamente tal, como otros que aborden las relaciones entre las tendencias demográficas y los fenómenos económicos, sociales y biológicos.

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad de los autores, sin que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población, sea necesariamente partícipe de ellas.

Comité editorial:

Jorge Bravo
Juan Chackiel
José Miguel Guzmán
Susana Schkolnik
Dirk Jaspers
Orly Winer
Jorge Martínez
Enrique Pemjean

Secretaría:

María Teresa Donoso

Editor especial:

Jorge Rodríguez

Redacción y administración:

Casilla 179-D, Santiago, Chile. E-mail: mariateresa.donosos@cepal.org

Ventas: publicaciones@cepal.org. Precio del ejemplar: US\$ 12 Suscripción anual: US\$ 20.

Diseño de portada: Coka Urzúa

Ilustración de portada: Ernesto Barreda (chileno) “*La ventana*”, 1996.

Diagramación interior: Pablo Bretón

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 0303-1829 ISSN versión electrónica 1681-0333

ISBN 978-92-1-323070-1

LC/G.2320-P

No de venta S.07.II.G.82

Copyright © Naciones Unidas 2007. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Sumario

Presentación	5
América Latina y el Caribe. Pobreza y población: enfoques, conceptos y vínculos con las políticas públicas <i>Jorge Rodríguez Vignoli</i>	11
Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia <i>Carmen Elisa Flórez y Victoria Eugenia Soto</i>	41
Inserción laboral e ingresos de los migrantes de países limítrofes y peruanos en el gran Buenos Aires <i>Marcela Cerrutti y Alicia Maguid</i>	75
Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas <i>Sandra Huenchuan y José Miguel Guzmán</i>	99
Entradas y salidas de la pobreza: análisis del papel del comportamiento reproductivo con datos del panel de Nicaragua, 1998-2001 <i>Lykke E. Andersen</i>	127

Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia

Carmen Elisa Flórez¹
Victoria Eugenia Soto¹

Resumen

En este documento se analizan las tendencias relativas a la fecundidad adolescente y las inequidades socioeconómicas en Colombia. Se utilizan las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) realizadas entre 1990 y 2005 y una encuesta longitudinal retrospectiva sobre salud adolescente realizada en 2003 en dos ciudades colombianas, Bogotá y Cali. Los resultados indican que la fecundidad adolescente va en aumento desde inicios de la década de 1990, acompañada por una gran proporción de madres solteras, un menor número de uniones y un inicio más temprano de las relaciones sexuales. Aunque el uso de métodos de planificación familiar ha aumentado, no se utilizan en forma adecuada y esto deriva en altas tasas de fallas y embarazos no deseados. Las inequidades socioeconómicas de la fecundidad adolescente son el reflejo de las inequidades en los determinantes próximos. Sin embargo, los diferenciales relativos a la fecundidad no deseada son favorables a las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos, hecho que demuestra la importancia de los factores contextuales vinculados a la falta de oportunidades sociales y económicas. El trabajo confirma los resultados de algunos estudios previos que indican que la deserción escolar y la pobreza son, en la mayoría de los casos, condiciones previas y no consecuencias del embarazo adolescente. No obstante, una gran proporción de adolescentes pobres abandona los estudios a raíz del embarazo. En la mayoría de los casos se trunca la trayectoria educativa y se refuerza de ese modo el círculo vicioso de la pobreza. La política de salud sexual y reproductiva (SSR) dirigida a los adolescentes de ambos sexos no ha tenido el impacto esperado y se registran falencias en la educación sexual impartida en los colegios. A esto se suma que la oferta de métodos de planificación familiar no fue acompañada de la información necesaria para su uso adecuado.

¹ Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía, Universidad de los Andes.

Abstract

Adolescent fertility and inequality in Colombia

Carmen Elisa Flórez² - Victoria Eugenia Soto²

This document analyses trends in adolescent fertility and socio-economic inequality in Colombia. The study was based on Demographic and Health Surveys (DHS) conducted between 1990 and 2003 and a retrospective longitudinal survey on adolescent health conducted in 2003 in two Colombian cities, Bogotá and Cali. The results show that adolescent fertility has been rising since the early 1990s, with large numbers of single mothers, fewer unions, and earlier initiation of sexual activity. Although the use of family planning methods has increased, they are not used properly, and this results in high failure rates and unwanted pregnancies. Socio-economic inequality in adolescent fertility reflects inequality in proximate determinants. Nonetheless, unwanted fertility differentials lean towards adolescent girls from the lowest socio-economic levels, demonstrating the importance of contextual factors linked to the lack of social and economic opportunities. This work corroborates the results of a number of earlier studies that show that in most cases school dropouts and poverty are contributing factors in, rather than consequences of, adolescent pregnancy. A high proportion of poor adolescent girls, however, drop out of school as a result of pregnancy. In the majority of cases their education is cut short, reinforcing the vicious circle of poverty. Sexual and reproductive health policies targeting adolescents of both sexes have not had the impact expected, and sex education provided by schools has been shown to be deficient. Furthermore, the provision of family planning methods was not accompanied by the necessary information for their correct use.

Résumé

Fécondité adolescente et inégalités en Colombie

Carmen Elisa Flórez³ - Victoria Eugenia Soto³

Dans ce document sont analysées les tendances relatives à la fécondité adolescente et aux inégalités socioéconomiques en Colombie. Pour ce faire, ont été utilisées les Enquêtes de démographie et santé (EDS) réalisées entre 1990 y 2005 ainsi qu'une enquête longitudinale rétrospective sur la santé adolescente pratiquée en 2003 dans deux villes colombiennes, Bogota et Cali. Les résultats indiquent que la fécondité adolescente va en augmentant depuis le début des années 1990, et font ressortir également une grande proportion de mères célibataires, une diminution du nombre des unions et un abaissement de l'âge des premières relations sexuelles. Bien que le recours aux méthodes de planification familiale ait augmenté, leur utilisation inadéquate entraîne une forte occurrence d'accidents et de grossesse non désirées. Les inégalités socioéconomiques de la fécondité adolescente sont le reflet du manque d'équité dans les déterminants proches. Cependant les différentiels relatifs à la fécondité non désirée sont favorables aux adolescentes des niveaux socioéconomiques les plus bas, ce qui démontre l'importance des facteurs contextuels liés au manque d'opportunités sociales et économiques. La recherche confirme les résultats de certaines études antérieures qui concluaient que l'abandon scolaire et la pauvreté sont, dans la plupart des cas, les conditions préalables et non les conséquences de grossesses des adolescentes, même si nombre d'adolescentes enceintes renoncent à leurs études. Le plus souvent, le parcours éducatif est interrompu et le cercle vicieux de la pauvreté s'en voit ainsi renforcé. La politique de santé sexuelle et reproductive (SSR) menée en direction de la population adolescente des deux sexes n'a pas eu les répercussions espérées et l'éducation sexuelle dispensée dans les établissements scolaires souffre de lourdes carences. À ceci s'ajoute le fait que l'offre de méthodes anticonceptionnelles n'a pas été assortie de l'information nécessaire à leur bonne utilisation.

² Centre for Economic Development Studies (CEDE), Universidad de los Andes.

³ Centre d'études sur le développement économique, faculté d'économie, Universidad de los Andes.

I. Introducción

En general, la fecundidad alta en la adolescencia está ligada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el futuro ámbito laboral de la adolescente, sobre todo en el caso de las más jóvenes. De acuerdo con Rodríguez (2003), “aunque se trate de descendencias finales poco numerosas, si su procreación tiene lugar a una edad muy joven persiste la colisión entre reproducción y acumulación de activos educativos y laborales, amén de una carga para la cual suele haber menos preparación a dichas edades”.

Los embarazos de las adolescentes que no tienen una pareja estable son considerados de mayor riesgo que los de las madres en unión legal o consensual. En general, los nacimientos fuera de una unión estable no son planificados ni deseados y la mayoría de las madres solteras adolescentes son de baja condición socioeconómica. Estas dos circunstancias aumentan los efectos negativos del embarazo adolescente a corto y largo plazo y reproducen con mayor certeza el círculo vicioso de la pobreza.

El objetivo de este artículo es documentar las tendencias relativas a la fecundidad adolescente y las inequidades socioeconómicas en Colombia. Como indicadores de la fecundidad adolescente se toman la tasa específica de fecundidad y la proporción de adolescentes madres o embarazadas. Las fuentes utilizadas son las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) realizadas entre 1990 y 2005 por Macro Internacional y Profamilia, que recogen información sobre planificación familiar, salud materno-infantil, supervivencia infantil y otros temas de salud reproductiva.

El artículo consta de seis capítulos, incluida esta introducción. En el segundo capítulo se presenta el marco conceptual utilizado y en el tercero se describe el contexto latinoamericano de la fecundidad adolescente. Las tendencias con respecto al nivel y los determinantes próximos de la fecundidad adolescente se analizan en el capítulo IV, mientras que en el quinto se exploran las inequidades socioeconómicas tanto en la fecundidad adolescente como en sus determinantes próximos, haciendo hincapié en su relación con la pobreza. En el último capítulo se presentan las conclusiones del documento y se las relaciona con las principales estrategias desarrolladas en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) orientadas a la población adolescente.

II. Marco conceptual

En la adolescencia tienen lugar cambios biológicos y psicológicos y al mismo tiempo se asumen papeles sociales, culturales y demográficos. La duración

y las características de la adolescencia varían según la época, las culturas y las condiciones socioeconómicas. Por ese motivo, es difícil dar una definición universal y llegar a un consenso sobre el inicio y el fin de la adolescencia. En general, se tiende a definir a los adolescentes en términos de un amplio rango de edad que va de los 10 a los 19 años. En ese período ocurren las transformaciones corporales y los cambios emocionales que llevan a los jóvenes a la construcción de su propia identidad.

Debido a que en la adolescencia se modifican muchos aspectos de la vida, diversos mecanismos pueden influir en el comportamiento reproductivo de los jóvenes. Para el análisis de la fecundidad adolescente, en este estudio se parte del marco conceptual desarrollado por Simmons (1985), en el que se recogen los planteamientos propuestos en la literatura y se exponen los vínculos entre la fecundidad y sus factores determinantes. De acuerdo con este enfoque, las condiciones socioeconómicas y contextuales actúan sobre la fecundidad por medio de los determinantes próximos, que incluyen factores relacionados con la exposición al riesgo de embarazo –inicio de relaciones sexuales/matrimonio/unión–, la anticoncepción, el aborto y la infertilidad posparto (Davis y Blake, 1956; Moreno y Singh, 1996, citados en Flórez y otros, 2004). Este enfoque distingue tres conjuntos de factores que influyen en la fecundidad mediante los determinantes próximos:

- i) las políticas y acciones gubernamentales relacionadas con programas sociales en materia de empleo, educación y salud (servicios de salud, educación sexual y planificación), que directa e indirectamente afectan la fecundidad;
- ii) los factores socioculturales y contextuales del entorno en que crecen los jóvenes (valores y normas sociales relativas al matrimonio, las relaciones sexuales, la pareja y el amor, entre otras cosas), y
- iii) los factores ligados al hogar (estructura de la familia, condición socioeconómica, supervisión parental del comportamiento y otros) y a las características individuales de las adolescentes.

En este marco conceptual, se debe hacer hincapié en la influencia que ejercen los factores vinculados al contexto sociocultural en el comportamiento reproductivo de las adolescentes, entre ellos la familia, las normas sociales y los pares. Como se ha demostrado en diversos estudios de caso, el comportamiento de los adolescentes está muy influenciado por su entorno social y cultural (Vargas y otros, 2004).

III. El contexto latinoamericano

Es ampliamente sabido que América Latina y el Caribe se encuentran en una fase de transición respecto de la fecundidad desde la década de 1960 (Henning, 2004). No obstante la heterogeneidad con respecto al nivel y la etapa del proceso en que se encuentran los distintos países de la región, en ninguno –con excepción de Cuba– se registran niveles inferiores al reemplazo (Schkolnik, 2004). La disminución de las tasas de fecundidad se refleja también en Colombia, donde son relativamente bajas (2,4 hijos por mujer en el año 2005) (Profamilia, 2005).

Al contrario de la fecundidad total, que desciende en forma homogénea, las tendencias relativas a la fecundidad adolescente son heterogéneas y no guardan relación alguna con los niveles de fecundidad total de los países (Guzmán y otros, 2000). Mientras que en algunos disminuye, en otros aumenta o se mantiene constante desde 1970 (Singh, 1998; Flórez y Núñez, 2002).⁴ En Bolivia, Guatemala y Nicaragua, entre otros, la fecundidad adolescente ha disminuido en forma permanente, no muy marcada, y más lenta con respecto a la fecundidad total, mientras que en Brasil, Colombia, Haití y República Dominicana, entre otros países, se observa una tendencia creciente en la última década (Di Cesare, 2006). La tasa de fecundidad adolescente es moderada en Colombia, relativamente baja en Perú y alta en Nicaragua, con 90, 61 y 119 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 2005, respectivamente (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
FECUNDIDAD TOTAL Y ADOLESCENTE POR PAÍS, 1995-2005

País	Año	TGF	TEF 15-19 (por 1.000)	TEF en TGF
Perú	2004	2,4	61	12,7
Bolivia	2003	3,8	84	11,1
Haití	2000	4,7	86	9,1
Colombia	2005	2,4	90	18,8
República Dominicana	2002	3,0	116	19,3
Guatemala	1998-1999	5,0	117	11,7
Nicaragua	2001	3,2	119	18,6

Fuente: Macro Internacional, encuestas de demografía y salud de cada país.

Nota: TGF = Tasa global de fecundidad.

TEF = Tasa específica de fecundidad.

⁴ Aunque en algunos estudios se sugiere que el aumento de la fecundidad adolescente observado en algunos países de América Latina no es real sino consecuencia de efectos de la estructura de edades, un estudio del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), basado en censos de población e indicadores de fecundidad por edades simples, indica que “en todos los países en que es posible una comparación diacrónica, la prevalencia de la fecundidad alta a los 17 años cumplidos ha tendido a aumentar” (Rodríguez, 2003). Rodríguez señala la evidencia clara de un aumento de la fecundidad adolescente en la mayoría de los países de América Latina y el establecimiento de un patrón de creciente control de la intensidad reproductiva sin un control concomitante respecto de su inicio.

Es válido decir que la diferencia entre la evolución de la fecundidad adolescente y de la fecundidad total en América Latina y el Caribe es homogénea. En casi todos los países, incluido Colombia, la disminución de la fecundidad entre las mujeres adultas ha sido mucho mayor que entre las adolescentes y se traduce en un rejuvenecimiento del patrón de fecundidad (Guzmán y otros, 2000; Ferrando, 2004; Flórez y Núñez, 2002). En los casos de Bolivia, Colombia, Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana la menor reducción de la tasa de fecundidad adolescente respecto de la fecundidad total, hace que la primera contribuya cada vez más a la segunda. Esto se acentúa en los países que han registrado un incremento en la fecundidad adolescente, entre ellos Colombia (véase el cuadro 1) (Flórez y Núñez, 2002).

Aunque gran parte de los embarazos adolescentes tienen lugar en el marco de una unión legal o consensual, la proporción de madres solteras está aumentando en muchos países. Un porcentaje considerable de las adolescentes con hijos los tuvo antes del matrimonio o la unión estable (entre el 12% y el 34% según el país). Del mismo modo, una proporción pequeña pero no insignificante de adolescentes solteras que no tienen una relación estable son madres: del 3% al 5% (Singh, 1998). Aunque los datos disponibles sobre la fecundidad adolescente previa a una unión estable no permiten formular generalizaciones sobre los países latinoamericanos, en gran parte de ellos se observa –cada vez con más frecuencia– que la maternidad adolescente es una maternidad fuera de uniones estables (Rodríguez, 2003; Flórez y Núñez, 2002). En el caso particular de Colombia, en el año 2000 más de la quinta parte de las madres adolescentes eran solteras y criaban solas a sus hijos, con repercusiones negativas –presentes y futuras– tanto para la joven madre como para el niño (Flórez y otros, 2004).

En todos los países de la región se observa que la maternidad a edades tempranas no es homogénea entre los distintos grupos socioeconómicos sino que es más frecuente entre los grupos más desfavorecidos (Guzmán y otros, 2000; Ordóñez y Murad, 2000; Flórez y otros, 2004). Cualquiera sea la variable de estratificación socioeconómica utilizada –zona de residencia, nivel educativo o nivel de riqueza del hogar– se aprecia una relación negativa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico: las adolescentes de nivel socioeconómico más bajo tienen mayor probabilidad de ser madres que las de los estratos más altos.

IV. Tendencias

A. El embarazo adolescente

Aunque en el contexto latinoamericano Colombia muestra niveles medios de fecundidad adolescente, se observa una tendencia al aumento. La disminución de la fecundidad adolescente observada en los años setenta y mediados de los

ochenta, se revierte a partir de la década de 1990 (Flórez y Soto, 2006). Mientras que en 1969 la tasa de fecundidad adolescente era de alrededor de 99 nacidos vivos por 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, en 1990 había descendido a 70 por 1.000 y entre 1990 y 2005 aumentó nuevamente hasta alcanzar niveles cercanos a los observados a finales del decenio de 1970 (90 por 1.000). El aumento de la tasa de fecundidad adolescente y la disminución de la fecundidad total hacen que la primera contribuya cada vez más a la segunda. Se puede afirmar que la maternidad a edades más tempranas está contribuyendo de manera considerable al crecimiento de la población. Hace 30 años la tasa de fecundidad adolescente representaba el 7% de la fecundidad total, cifra que aumentó al 12% en 1990 y al 19% en 2005 (véase el cuadro 2).

Cuadro 2
TENDENCIAS RELATIVAS A LA FECUNDIDAD TOTAL
Y ADOLESCENTE. COLOMBIA, 1986-2005
(En porcentajes)

Año	TGF	TEF 15-19	TEF en TGF
1986	3,2	73	11,4
1990	2,8	70	12,5
1995	3,0	89	14,8
2000	2,6	85	16,3
2005	2,4	90	18,8

Fuente: Macro Internacional, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS) disponibles.

Nota: TGF = Tasa global de fecundidad.
TEF = Tasa específica de fecundidad.

Al igual que la tasa de fecundidad adolescente, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumentó en forma considerable, del 12,8% en 1990 al 20,5% en 2005, es decir un 60% en los últimos 15 años. Las cifras son aun mayores si se considera a las adolescentes que alguna vez han estado embarazadas y han tenido una pérdida –ya sea porque el bebé ha nacido muerto o debido a un aborto espontáneo o inducido–. En este caso, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas aumenta del 13% en 1990 al 22% en 2005, casi un 70% en los últimos 15 años (Flórez y Soto, 2006).

Las consecuencias del embarazo adolescente son mayores cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia. La edad en que las jóvenes inician la maternidad es tan importante como la proporción de ellas que son madres. El porcentaje de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes de los 15 años de edad aumentó levemente (del 1,3% en 1995 al 1,7% en 2005). En 2005 se registran cifras pequeñas –pero importantes– de adolescentes de 13 y 14 años que ya iniciaron su período reproductivo: el 2% de las adolescentes de 14 años ha estado alguna vez embarazada (Flórez y Soto, 2006). En general, la evidencia

indica que no solo la proporción de adolescentes con hijos ha aumentado sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha disminuido.

B. Los determinantes próximos

El nivel y el patrón de fecundidad adolescente están determinados por las condiciones socioeconómicas y contextuales, que actúan por medio de los determinantes próximos, relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, la concepción y la gestación: el inicio de relaciones sexuales, la unión, la anticoncepción y el aborto.⁵

1. La exposición al riesgo de embarazo

Con respecto a la exposición al riesgo de embarazo, la proporción de adolescentes que tienen actividad sexual se duplicó en la última década, al pasar del 21% en 1990 al 44% en 2005 (véase el cuadro 3).

Cuadro 3
**ADOLESCENTES QUE HAN INICIADO ACTIVIDADES REPRODUCTIVAS
 POR TIPO DE ACTIVIDAD. COLOMBIA, 1990-2005**
(En porcentajes)

Actividad	1990	1995	2000	2005
Ha iniciado actividades reproductivas				
Relación sexual	20,8	29,6	40,1	43,8
Unión	13,1	16,5	17,6	17,2
Embarazo	12,8	13,4	18,9	20,5
Hijo	9,6	13,5	15,1	16,2
Ha iniciado actividades reproductivas antes de los 15 años				
Primera relación	4,9	7,6	8,7	13,7
Primera unión	2,8	3,8	3,8	4,5
Primer hijo	1,0	1,3	1,2	1,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS) de 1990, 1995, 2000 y 2005.

La edad a la cual las jóvenes inician sus relaciones sexuales ha disminuido notablemente y la proporción que ha tenido relaciones sexuales a cada edad ha aumentado. Así, al igual que en el caso de la fecundidad adolescente, la incidencia de las relaciones sexuales no solo es mayor sino que el patrón se ha rejuvenecido: en 1990, el 5% de las adolescentes había comenzado a tener relaciones sexuales antes de los 15 años, porcentaje que se duplica con creces en el 2005 y llega casi al 14%. Este aumento de las relaciones sexuales en la adolescencia está influenciado

⁵ Aunque el aborto inducido puede ser un determinante próximo importante entre las adolescentes, la falta de información actualizada y confiable no permite incluirlo en el análisis.

por la “norma social” que perciben los jóvenes. Vargas y otros (2004) afirman que las jóvenes consideran que es “natural o normal” que las relaciones sexuales se produzcan en la adolescencia y a una corta edad: “la norma social percibida es que los jóvenes tienen relaciones sexuales y es poco probable que no las tengan”. La gran mayoría de las adolescentes no recibe información de los padres sobre las relaciones sexuales en la adolescencia y cuando la reciben es considerada ambigua (Vargas y otros, 2004). Esta situación hace que las adolescentes elaboren sus propias cogniciones sobre lo que sus padres piensan acerca de la actividad sexual a corta edad. Las jóvenes creen que sus padres “saben que ‘los tiempos han cambiado’ y que han llegado a aceptar las relaciones sexuales antes del matrimonio como una norma social” (Vargas y otros, 2004).

En cambio, los niveles y cambios en la nupcialidad son menos marcados y se registra una leve tendencia al aumento y al inicio más rápido de las uniones. La proporción de adolescentes solteras ha bajado del 87% en 1990 al 83% en 2005, mientras que en ese mismo período el número de adolescentes unidas legal o consensualmente aumentó del 11% al 14% y la proporción que inició una unión antes de los 15 años aumentó del 2,8% al 4,5%. Estos cambios indican una tendencia –no muy marcada– hacia una mayor importancia de las uniones entre las adolescentes, que sugiere un efecto positivo de la unión sobre la fecundidad adolescente.

Aunque los cambios en la edad de inicio de relaciones sexuales y la nupcialidad van en la misma dirección, estos últimos son mucho menos marcados. Esto supone un aumento importante de las relaciones sexuales y del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente antes de la constitución de una unión legal o consensual estable. En 1990, la proporción de mujeres sin pareja y que nunca había tenido relaciones sexuales era cercana al 15%, pero al finalizar la década, esta relación había cambiado y las tres cuartas partes de las mujeres que no habían conformado una unión ya habían iniciado su actividad sexual (Flórez y Soto, 2006). Este hecho es una manifestación de las creencias entre las adolescentes: existe una brecha entre la edad a la que las jóvenes tienen su primera relación sexual y la edad “ideal” a la que creen que deberían unirse en matrimonio con su pareja (Vargas y otros, 2004). Es común que las adolescentes piensen que las relaciones sexuales no llevan a la conformación de una unión estable con la persona que se tiene claro que no va a cumplir con la expectativa de “estar juntos para siempre” (Vargas y otros, 2004). Así, la actividad sexual en la adolescencia ha pasado a ser un acontecimiento normal, que no necesariamente debe ocurrir en el marco de una unión estable.

El retroceso de las uniones estables ante la importancia cada vez mayor de las relaciones sexuales se hace evidente al comparar el impacto de la exposición al riesgo del embarazo en el nivel de fecundidad adolescente entre cohortes (Rosero-Bixby, 1996, citado en Flórez y otros, 2004). La siguiente ecuación describe el

cambio en la proporción de mujeres que fueron madres antes de los 20 años en las cohortes de 40-44 años y 20-24 años, atribuible a cambios en la proporción de mujeres unidas a la edad de 20 años:

$$C_m = \frac{[(\frac{f_0}{m_0}) + (\frac{f_1}{m_1})] * (m_1 - m_0)}{2(f_1 - f_0)} \quad (1)$$

Los subíndices (0, 1) se refieren a los grupos de edad (0 corresponde a la cohorte de 20-24 años y 1 a la de 40-44 años), f es la proporción de madres antes de los 20 años y m es la proporción de adolescentes alguna vez unidas. Tradicionalmente se consideraba que los nacimientos ocurrían dentro de las uniones estables. Como se ha observado un incremento de la actividad sexual prematrimonial –especialmente entre las cohortes jóvenes–, se estima la contribución del cambio en la proporción de mujeres con actividad sexual antes de los 20 años (C_i) a la fecundidad precoz entre cohortes –usando para ello una fórmula análoga a (1). Los resultados se detallan en el cuadro 4. En 1990, la fecundidad adolescente era menor entre las jóvenes que entre las adultas y tanto las uniones como el inicio de las relaciones sexuales contribuían a ese resultado. Entre 1990 y 2005, la fecundidad adolescente aumentó y se amplió la brecha entre cohortes, siendo mayor la fecundidad precoz en el grupo joven que en el adulto. El comportamiento respecto de las uniones ha favorecido la reducción de la fecundidad adolescente (contribución negativa), mientras que el inicio de las relaciones sexuales contrarresta con creces este efecto y favorece ampliamente –y cada vez con mayor intensidad– el alza en la fecundidad adolescente (contribución positiva).

Cuadro 4
CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y EN EL TIEMPO
DE EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EMBARAZO. COLOMBIA, 1990-2005
(En porcentajes)

Proporción	Cohorte de edad	1990	1995	2000	2005
Madres antes de los 20 años	40-44	36,7	34,3	33,3	34,6
	20-24	30,6	36,0	35,5	35,9
Mujeres unidas antes de los 20 años	40-44	42,4	41,6	39,8	40,0
	20-24	37,3	41,5	37,1	38,7
Mujeres con relaciones sexuales antes de los 20 años	40-44	50,5	52,1	54,6	62,5
	20-24	49,7	61,5	68,7	76,5
Contribución del tiempo de exposición entre cohortes	C_m	0,71	-0,05	-1,10	-0,91
	C_i	0,09	3,31	3,60	5,50

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

2. El uso de métodos de planificación familiar

El conocimiento de los métodos de planificación familiar es casi universal entre las adolescentes. El uso (alguna vez y actual) que las jóvenes hacen de dichos métodos ha aumentado considerablemente en la última década. El porcentaje de adolescentes unidas que nunca ha usado planificación familiar disminuyó del 38% al 13,5% entre 1990 y 2005, mientras que entre las sexualmente activas que no tienen una pareja estable esa cifra llegó al 4,6% en 2005. El uso actual de métodos modernos prevalece sobre los tradicionales o folclóricos y llega al 47% entre las unidas y al 64% entre las sexualmente activas fuera de una unión estable. Sin embargo, en 2005 se observan todavía porcentajes relativamente altos de adolescentes que no utilizan ningún método de planificación familiar en la actualidad: el 42,8% de las unidas y el 20,6% de las sexualmente activas pero sin una pareja estable (Flórez y Soto, 2006). Algunos estudios cualitativos indican que los adolescentes no utilizan métodos de planificación familiar por motivos vinculados con: i) la percepción de invulnerabilidad; ii) el escepticismo respecto de su efectividad; iii) creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios; iv) creencia de que utilizar el preservativo con la persona que se ama y a la que se tiene confianza es una falta de respeto; v) las expectativas que se tienen de las relaciones románticas y sexuales, y vi) el deseo de complacer a la pareja (Vargas y otros, 2004).

Aunque casi todas las adolescentes conocen los métodos de planificación familiar y una gran proporción los usa, sus conocimientos en materia de salud sexual y reproductiva y del uso adecuado de los métodos presentan vacíos fundamentales. El hecho de que entre 2000 y 2005 haya aumentado la proporción de adolescentes que no sabe que el período fértil de la mujer tiene lugar a mitad del ciclo menstrual es muy elocuente. En 2005 esa proporción correspondía al 72% de las adolescentes, al 67% de las jóvenes sexualmente activas y al 68% de las usuarias de métodos tradicionales. Estos bajos niveles de conocimiento no son ajenos al total de mujeres en edad de procrear: solamente el 37% de las mujeres de 15 a 49 años conoce su período fértil (Profamilia, 2005). Esto indica que las adolescentes –y en general las mujeres– están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente. Aunque las adolescentes conocen los métodos de planificación familiar y son capaces de utilizarlos, desconocen la propia fisiología de la reproducción y el uso apropiado de esos métodos (Guzmán y otros, 2000).

Ese desconocimiento de la fisiología reproductiva entre las adolescentes colombianas existe a pesar de la Ley de educación sexual en vigor (ley 115 de 1994), que establece la obligatoriedad de incluir proyectos pedagógicos de educación sexual en el plan de estudios de todos los centros educativos de los sectores público y privado del país (MEN, 1999). En 1998, el gobierno definió

los lineamientos para la política de salud sexual y reproductiva, incorporando el derecho a la educación en ese plan desde la infancia y el derecho a acceder a servicios integrales de salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud, 1998). Sin embargo, estas medidas no han tenido el efecto esperado y la evidencia indica que el sistema de salud no brinda a los adolescentes información ni acceso adecuado a los servicios y métodos de planificación familiar (Flórez y Soto, 2006).

El desconocimiento del uso adecuado de los métodos de planificación se manifiesta en la frecuencia con que estos fallan. Sin embargo, no puede decirse que las fallas de los métodos entre las adolescentes se deban exclusivamente a un uso inadecuado, sino que también obedecen, entre otras cosas, a la impulsividad, la falta de experiencia y a lo casual de sus encuentros sexuales (Vargas y otros, 2004). La tasa de falla de los métodos de planificación familiar es más alta entre las adolescentes que entre las demás mujeres en edad fértil. En 2005, casi la quinta parte de las adolescentes que había usado un método anticonceptivo (19%) declaró que este falló mientras lo usaba y quedó embarazada. Al considerar el total de mujeres en edad reproductiva, la tasa de falla del método es del 7% (Profamilia, 2005).

La no utilización o la falla del método anticonceptivo se traducen en una tasa relativamente alta de embarazos no deseados entre las adolescentes (61%), con respecto al total de mujeres (55%). La mayoría de los embarazos no deseados en las adolescentes son embarazos antes de tiempo. El 45% de las adolescentes que tuvieron un hijo en los últimos cinco años manifestó que deseaba ese hijo más tarde, en comparación con el 26% en el caso del total de mujeres. Dado que las adolescentes están iniciando su período reproductivo, el deseo de no tener un hijo debería ser temporal y no definitivo. Es decir, cabe esperar que ante un embarazo no deseado la adolescente exprese que lo habría “deseado más tarde” y no que “no deseaba más hijos”. Sin embargo, la proporción total de embarazos no deseados es significativa y revela las condiciones en las que ocurre el embarazo entre las adolescentes. Este comportamiento coincide con las expectativas de los adolescentes en relación con las condiciones en las cuales deberían tener un hijo. Vargas y otros (2004) señalan que los jóvenes –sin distinción de estrato social– consideran que el momento ideal para tener un hijo es una vez establecida una unión estable y cuando se alcanzan la madurez emocional y la seguridad económica.

3. Aumento del número de madres solteras

La disminución de las uniones estables en los casos de fecundidad adolescente con respecto a la importancia cada vez mayor del inicio de las relaciones sexuales y el uso inadecuado de los métodos de planificación familiar han conducido a un incremento del número de madres solteras. El porcentaje de madres solteras entre las adolescentes aumentó del 18% en 1990 al 22% en 2000 y al 30% en 2005 (véase el cuadro 5).

Cuadro 5
**COLOMBIA: ADOLESCENTES SEGÚN MATERNIDAD
 Y ESTADO CIVIL ACTUAL, 1990-2005**
(En porcentajes)

Condición	1990	1995	2000	2005
Sin hijos	90,5	86,5	84,9	83,8
Con hijos	9,5	13,5	15,1	16,2
Madres unidas (legal o consensualmente)	67,8	66,4	64,4	54,5
Madres divorciadas, viudas y otros	14,2	13,3	13,2	15,9
Madres nunca unidas	18,3	20,1	22,3	29,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Este fenómeno se hace evidente al comparar la proporción de madres adolescentes con hijos antes de la primera unión (nunca unidas o con intervalo negativo) entre cohortes. El 30% de las mujeres de 20-24 años que tuvieron un hijo en la adolescencia era soltera al momento del nacimiento de su primer hijo, mientras que entre las mujeres de 40-49 años ese porcentaje era de alrededor del 20% (véase el cuadro 6).

Cuadro 6
**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES^a
 SEGÚN ESTADO CIVIL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO
 DEL PRIMER HIJO, 2005**
(En porcentajes)

Grupo de edad	Unida	Soltera	Total
20-24	70,0	30,0	100,0
25-29	68,1	31,9	100,0
30-34	72,1	27,9	100,0
35-39	76,4	23,6	100,0
40-44	80,4	19,6	100,0
45-49	79,1	20,9	100,0
Total	72,8	27,2	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

^a Con hijos antes de los 20 años.

El fenómeno de las madres solteras se traduce en un proceso de crianza con una triple desventaja: maternidad precoz, pobreza y ausencia de un progenitor (Di Cesare, 2006). Algunos estudios indican que la falta de la figura paterna tiene consecuencias negativas para la conducta y el desarrollo de los niños, entre ellas baja autoestima, infantilismo e inmadurez crónica (Roblado, 2001). Por el contrario, los niños que viven con sus dos padres biológicos –en comparación con los niños de familias monoparentales– son dos veces menos propensos a tener problemas en la escuela –ser expulsados o suspendidos–, sufrir problemas emocionales y tener

dificultades con sus compañeros (Kliksberg, 2000). En el caso de Colombia, las consecuencias negativas de este fenómeno podrían ser contrarrestadas en parte por el hecho de que las madres solteras adolescentes continúan bajo la protección y cuidado de sus padres, quienes asumen gran parte de la crianza de los niños. De acuerdo con la evidencia, más de las tres cuartas partes de las madres solteras adolescentes continúan viviendo con sus padres, mientras que el 11% vive con la abuela. El 70% de las madres adolescentes separadas, divorciadas o viudas vive bajo el techo de sus progenitores (véase el cuadro 7).

Cuadro 7
**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN
 RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR Y ESTADO CIVIL ACTUAL, 2005**
(En porcentajes)

Relación	Soltera	Unida	Divorciadas / Sep. / Viudas	Total
Jefe de hogar	2,2	1,1	11,6	3,1
Cónyuge	0,0	61,9	0,0	33,9
Hija	77,3	13,9	69,6	41,4
Nuera	0,0	16,8	0,8	9,3
Nieta	10,9	0,9	2,8	4,2
Hermana	1,6	0,7	0,5	0,9
Otro familiar	3,7	1,3	2,7	2,2
Hija adoptada	0,8	0,1	3,8	0,9
No familiar	2,5	2,6	5,1	3,0
Cuñada	1,0	0,6	3,1	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Aunque muchas adolescentes tienen su hijo siendo solteras, algunas de ellas formalizan una unión estable posteriormente. En el caso de las mujeres mayores, la mayoría de las que tuvieron un hijo antes de los 20 años ha formalizado una unión estable antes de los 25 años (90%) o de los 30 años (95%), mientras que solo un pequeño grupo de madres adolescentes permanece siempre soltera (véase el cuadro 8). Sin embargo, el porcentaje de madres adolescentes que forma una unión estable después del nacimiento del hijo ha disminuido. En la cohorte de 45-49 años, el 83% de las adolescentes que tuvieron un hijo antes de los 20 años había formado una unión estable antes de los 25 años. Este porcentaje disminuye en las cohortes más jóvenes, y corresponde al 75% de las mujeres de 25-29 años. Esto significa que los primeros años de crecimiento de los hijos de madres adolescentes ocurre sin la presencia de un padre (biológico o no), con las consecuencias negativas ya mencionadas.

Cuadro 8
COLOMBIA: MUJERES CON HIJOS ANTES DE LOS 20 AÑOS
SEGÚN EDAD A LA QUE FORMALIZAN UNA UNIÓN ESTABLE, 2005
(En porcentajes)

Grupo de edad actual	Antes de los 20 años	Antes de los 25 años	Antes de los 30 años	Antes de los 35 años	Antes de los 40 años	Antes de los 45 años
25-29	75,4	90,6				
30-34	77,7	90,3	95,4			
35-39	81,7	89,5		93,9		
40-44	84,2	91,5	94,0	96,0	96,6	
45-49	83,2	91,5	94,7	95,7	97,2	98,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

V. Inequidades socioeconómicas

A. El embarazo adolescente y sus determinantes próximos

La tendencia al aumento de la fecundidad adolescente observada desde 1990 es común a las zonas urbanas y rurales: el diferencial rural/urbano indica que, en promedio, la fecundidad es un 50% mayor en las zonas rurales que en las urbanas (véase el cuadro 9). Este diferencial se mantiene a lo largo de la década y se ha vinculado a que las jóvenes que viven en las ciudades tienen un mayor acceso al sistema educativo, oportunidades de empleo, información y métodos de planificación familiar (Flórez y Soto, 2006).

Al igual que en la mayoría de los países de la región, en Colombia se observa una relación negativa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico –medido tanto por el nivel educativo como por el quintil de riqueza–. Las adolescentes de los quintiles más bajos tienen mayor probabilidad de ser madres que las de estratos más altos (véase el cuadro 9). En 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas que no habían completado la educación primaria o habían accedido solo a ese nivel era 2,6 veces mayor que entre las adolescentes que como mínimo habían finalizado la educación secundaria. Entre 1995 y 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumentó en todos los niveles educativos, manteniéndose el diferencial favorable a las más educadas (véase el cuadro 9). Del mismo modo, existe una marcada relación negativa entre fecundidad adolescente y nivel de riqueza, pero el diferencial disminuyó en la última década. Aunque la tendencia al aumento de la fecundidad adolescente es común a todos los niveles socioeconómicos, es mayor en los quintiles más altos y el diferencial entre grupos socioeconómicos ha disminuido. En el año 2000, la proporción de madres adolescentes entre las más pobres era 5 veces mayor que entre las más ricas, mientras que en 2005 el diferencial es de casi 3 (véase el cuadro 9).

Cuadro 9
**PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES MADRES O EMBARAZADAS, SEGÚN
 ZONA Y NIVEL SOCIOECONÓMICO. COLOMBIA, 1995-2005**
(En porcentajes)

Zona - Nivel socioeconómico	1995	2000	2005	2005 / 2000
Zona				
Urbana	14,6	16,9	18,5	1,1
Rural	25,5	26,2	26,9	1,0
Rural/Urbana	1,7	1,5	1,5	
Educación				
Primaria o menos	29,9	33,6	42,7	1,3
Secundaria o más	11,1	14,8	16,4	1,1
Primaria/Secundaria	2,7	2,3	2,6	
Quintil de riqueza				
Q1	25,3	26,8	31,5	1,2
Q2	16,3	20,3	25,6	1,3
Q3	15,7	16,6	22,1	1,3
Q4	10,7	7,4	14,4	1,9
Q5	2,2	5,2	10,7	2,1
Q1/Q5	11,5	5,2	2,9	
Total	17,4	19,1	20,5	1,1

Fuente: Carmen Elisa Flórez y Victoria Soto, "Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia", Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá, D.C., 2006.

También se observan diferenciales marcados por zona de residencia y nivel socioeconómico con respecto a la edad en que las jóvenes inician la maternidad. Las adolescentes rurales y de menor nivel socioeconómico inician su papel reproductivo mucho antes que las de los estratos altos. La proporción de madres adolescentes que tuvieron un hijo antes de los 15 años es 2,2 mayor en las zonas rurales que en las urbanas, casi 7 veces mayor entre las menos educadas que entre las que completaron como mínimo la educación secundaria y más de 15 veces mayor entre las más pobres que entre las más ricas (véase el cuadro 10). Las adolescentes más desfavorecidas socialmente inician su papel reproductivo a edades mucho más tempranas. Estos resultados subrayan la pobreza como un factor de riesgo importante en la fecundidad precoz.

Cuadro 10
**COLOMBIA: PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES MADRES
 ANTES DE LOS 15 AÑOS SEGÚN ZONA Y NIVEL SOCIOECONÓMICO,
 1995-2000-2005**
(En porcentajes)

Zona - Nivel socioeconómico	1995	2000	2005
Zona			
Urbana	1,0	1,1	1,4
Rural	2,1	1,5	2,9
Rural/Urbana	2,0	1,4	2,2
Educación			
Primaria o menos	3,1	3,6	6,2
Secundaria o más	0,6	0,5	0,9
Primaria/Secundaria	5,4	7,5	6,8
Quintil de riqueza			
Q1	2,89	2,14	3,74
Q2	1,44	2,48	2,13
Q3	1,44	0,56	1,89
Q4	0,90	0,60	0,72
Q5	0,23	0,01	0,24
Q1/Q5	12,4	214,3	15,4
Total	1,3	1,2	1,7

Fuente: Carmen Elisa Flórez y Victoria Soto, "Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia", Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá, D.C., 2006.

Los diferenciales socioeconómicos de la fecundidad adolescente se definen mediante los diferenciales socioeconómicos de sus determinantes próximos. Independientemente del indicador de nivel socioeconómico (educación o riqueza), se observa una marcada relación negativa entre el tiempo de exposición al riesgo de embarazo y la demanda insatisfecha de planificación familiar y el nivel socioeconómico. En el cuadro 11 figuran los diferenciales por nivel educativo de las adolescentes respecto de cada actividad reproductiva: inicio de relaciones sexuales, unión, uso de métodos de planificación familiar y maternidad. La fuerte relación negativa entre educación y estos indicadores es evidente, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Aunque la proporción de adolescentes que pasó por esas etapas aumenta con el tiempo en ambos grupos educativos, los incrementos han sido algo menores entre las de mayor nivel educativo. Esto supone que la brecha entre los grupos comparados no se ha ampliado pero las adolescentes más educadas siguen siendo más favorecidas.

Cuadro 11
**COLOMBIA: PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE HA INICIADO
 ACTIVIDADES REPRODUCTIVAS POR NIVEL EDUCATIVO Y ZONA, 1995-2005**
(En porcentajes)

Actividad / Educación	Total			Zona urbana			Zona rural		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Relaciones sexuales									
Primaria o menos	43,4	52,6	62,7	43,5	52,6	63,4	43,3	52,7	62,1
Secundaria o más	23,9	36,5	40,5	23,9	37,7	41,1	24,1	30,5	38,0
Unión legal o consensual									
Primaria o menos	24,0	26,3	29,2	23,3	22,1	26,6	24,6	30,5	31,7
Secundaria o más	9,2	11,1	10,8	8,7	10,3	9,6	12,1	15,0	15,5
Unión consensual									
Primaria o menos	21,0	23,9	26,8	21,4	21,0	25,0	20,6	26,9	28,5
Secundaria o más	6,9	9,7	9,8	6,4	9,0	8,7	10,0	13,1	14,5
Uso alguna vez de planificación familiar^a									
Primaria o menos	26,5	40,4	47,9	28,3	41,3	51,3	24,8	39,5	44,7
Secundaria o más	19,6	31,1	36,6	19,9	32,5	37,7	17,3	24,2	31,6
Con al menos un hijo o embarazada									
Primaria o menos	29,9	34,0	42,0	28,3	30,7	43,6	31,5	37,4	40,6
Secundaria o más	12,1	15,0	16,7	19,9	14,6	15,8	16,7	16,7	20,3

Fuente: Carmen Elisa Flórez y Victoria Soto, "Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia", Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá, D.C., 2006.

^a Proporción entre todas las adolescentes del grupo.

En relación con las inequidades por nivel de riqueza, se estableció que, al igual que en el caso del nivel educativo, las jóvenes de los estratos más bajos comienzan a tener relaciones sexuales más temprano y forman uniones en mayor proporción que las de los estratos más altos (véase el cuadro 12). Estos diferenciales son más marcados cuando se considera el inicio de las relaciones sexuales y el establecimiento de una unión antes de los 15 años, porque suponen una mayor exposición al riesgo de embarazo entre las adolescentes más pobres que entre las más ricas.

Cuadro 12
COLOMBIA: INDICADORES DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y SUS
DETERMINANTES PRÓXIMOS SEGÚN ÍNDICE DE RIQUEZA, 1995-2005
(En porcentajes)

Quintil de riqueza	Actividad sexual		Unión			Uso de anticonceptivos ^a				Uso de anticonceptivos ^b			
	Si ha tenido	Antes de 15 años	Alguna vez unidas	Unión consensual	Unión antes de los 15 años	Uso alguna vez de método	Uso actual de método	Uso actual de método moderno	Demanda insatisfecha	Uso alguna vez de método	Uso actual de método	Uso actual de método moderno	Demanda insatisfecha
1995													
Q1	37,0	11,0	25,8	18,6	9,2	20,7	11,2	62,0	4,9	73,9	48,2	64,1	4,1
Q2	34,6	7,0	21,9	17,2	5,4	22,7	10,0	70,8	4,5	76,7	43,7	68,8	3,5
Q3	30,0	3,7	18,0	11,8	2,9	24,0	14,3	76,6	3,7	89,4	67,5	75,9	2,8
Q4	27,7	3,4	13,8	7,3	2,4	22,9	13,1	72,8	1,8	88,7	75,0	72,2	1,6
Q5	20,6	0,7	5,2	2,4	0,5	17,5	6,4	53,8	0,9	84,5	61,5	60,3	0,7
Total	29,6	4,9	16,5	11,1	3,8	21,6	11,0	69,3	3,1	82,3	58,3	69,8	2,4
Q1/Q5	1,8	15,3	4,9	7,7	17,6	1,2	1,7	1,2	5,3	0,9	0,8	0,9	1,7
2000													
Q1	45,2	12,7	32,8	25,1	8,6	34,1	19,9	74,3	6,9	81,3	58,8	76,4	5,2
Q2	41,7	10,9	23,8	18,9	7,0	35,8	18,4	58,2	2,9	92,6	65,7	59,4	2,6
Q3	41,2	3,3	17,6	13,1	2,2	34,5	18,1	74,6	3,8	88,8	71,8	74,4	3,2
Q4	39,8	2,8	9,5	5,2	1,5	33,1	17,1	70,4	1,8	93,4	82,5	69,4	1,0
Q5	31,1	1,6	5,3	2,3	0,2	26,9	12,7	75,5	1,2	94,5	79,7	73,5	0,9
Total	40,0	6,2	17,6	12,7	3,8	33,1	17,3	70,1	3,3	89,3	69,8	70,3	2,5
Q1/Q5	1,5	7,9	6,2	10,8	34,5	1,3	1,6	1,0	5,8	0,9	0,8	1,1	2,1
2005													
Q1	48,8	19,8	29,6	23,3	10,8	35,8	18,2	77,2	4,9	79,0	56,2	79,0	2,9
Q2	46,5	16,3	23,5	17,5	6,1	41,4	21,7	79,7	3,7	95,2	70,1	77,8	2,9
Q3	45,7	13,5	18,4	13,6	3,7	40,9	23,1	81,3	3,4	95,3	72,1	80,2	2,3
Q4	41,5	11,5	10,0	5,5	2,1	37,7	18,7	87,6	2,0	94,5	76,0	87,5	2,0
Q5	37,5	6,9	6,2	3,5	0,8	35,2	18,8	86,4	1,3	96,9	85,8	85,6	0,5
Total	43,8	13,4	17,2	12,4	4,5	38,2	20,1	82,5	3,0	91,1	71,1	81,9	2,2
Q1/Q5	1,3	2,4	4,8	6,7	13,8	1,0	1,0	82,5	3,9	0,8	0,7	0,9	5,4

Fuente: Carmen Elisa Flórez y Victoria Soto, "Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia", Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá, D.C., 2006.

^a Con respecto al total de adolescentes.

^b Con respecto a las adolescentes sexualmente activas = unidas + no unidas pero sexualmente activas.

Al igual que en el caso de los diferenciales observados en relación con el inicio de las relaciones sexuales y el establecimiento de uniones según el nivel educativo, se observan diferencias en el uso de métodos de planificación familiar según el nivel de riqueza, tanto con respecto al total de adolescentes como a las jóvenes sexualmente activas (véase el cuadro 12). Aparentemente el nivel de riqueza marca una diferencia en el acceso a los métodos de planificación familiar. Las desigualdades se acentúan cuando se considera la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, que las adolescentes más pobres manifiestan en mayor número.

El desconocimiento del período fértil –herramienta fundamental para el uso adecuado de los métodos tradicionales (ritmo)– se traduce en un marcado

diferencial por nivel socioeconómico (educación o riqueza) (véase el cuadro 13). Alrededor del 90% de las adolescentes con menor nivel educativo no conoce su período fértil, mientras que entre las jóvenes que completaron como mínimo la educación secundaria, la cifra oscila entre el 50% y el 68%. Se observan diferencias similares según el nivel de riqueza: alrededor del 85% de las adolescentes pobres no conoce su período fértil y este porcentaje oscila entre el 45% y el 60% de las ricas. En este caso, el desconocimiento del período fértil es alto entre todas las adolescentes, pero mucho mayor entre las menos educadas y las más pobres.

Cuadro 13
**COLOMBIA: ADOLESCENTES QUE NO CONOCEN SU PERÍODO
 FÉRTIL POR ZONA Y NIVEL SOCIOECONÓMICO, 1995-2005**
(En porcentajes)

Indicador	1995	2000	2005
Zona			
Urbana	51,9	51,9	69,3
Rural	81,3	81,3	79,5
Rural/Urbana	1,6	1,6	1,1
Nivel de educación			
Primaria o menos	89,3	81,5	89,7
Secundaria o más	51,1	56,4	68,4
Primaria/Secundaria	1,7	1,4	1,3
Quintil de riqueza			
Q1	86,1	77,7	82,2
Q2	73,2	67,6	77,5
Q3	60,3	59,3	71,4
Q4	52,2	56,2	66,8
Q5	45,5	52,9	62,4
Q1/Q5	1,9	1,5	1,3
Total	61,3	61,9	71,8

Fuente: Carmen Elisa Flórez y Victoria Soto, "Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia", Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá, D.C., 2006.

Los datos sugieren que en cada estrato socioeconómico se reproducen las inequidades relativas al acceso a la información adecuada, a los métodos de planificación familiar y al uso apropiado de estos y, por ende, se reproducen también las inequidades en el nivel de fecundidad adolescente, a favor de las adolescentes más ricas. Sin embargo, la relación entre la incidencia del embarazo no deseado y el nivel socioeconómico es positiva. El deseo del embarazo como razón para discontinuar el uso de un método de planificación familiar es más del doble entre las adolescentes pobres que entre las adolescentes de mayor nivel económico (Flórez y Soto, 2006). Del mismo modo, la proporción de adolescentes que deseaba

el último embarazo es mucho mayor en los estratos bajos que en los altos (véase el cuadro 14). Esta relación positiva –contraria a los diferenciales observados con respecto al nivel de fecundidad o sus determinantes próximos– se vincula con el significado de la maternidad. Diversos estudios cualitativos evidencian que las adolescentes pobres, que no han logrado fijarse metas relacionadas con el éxito profesional y la incorporación al mundo del trabajo, encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal (Vargas y otros, 2004). Las adolescentes de los estratos altos dan prioridad a su desarrollo profesional y laboral antes que a su proyecto de maternidad. Los embarazos precoces son en su mayoría embarazos no deseados en ese momento por las adolescentes del estrato alto y tienden a ser embarazos deseados por las adolescentes pobres.

Cuadro 14
**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES, SEGÚN DESEO
 DEL ÚLTIMO EMBARAZO^a POR ZONA Y NIVEL SOCIOECONÓMICO, 2005**
(En porcentajes)

Zona - Nivel socioeconómico	Deseado entonces	No deseado		Total
		Deseado más tarde	No deseaba más	
Zona				
Urbana	35,9	48,2	15,9	64,1
Rural	51,3	35,1	13,6	48,7
Rural/Urbana	1,4	0,7	0,9	0,8
Nivel de educación				
Primaria o menos	46,7	40,6	12,7	53,3
Secundaria o más	37,8	45,8	16,5	62,2
Primaria / Secundaria	0,8	1,1	1,3	1,2
Quintil de riqueza				
Q1	50,7	35,1	14,2	49,4
Q2	41,3	47,9	10,8	58,7
Q3	37,6	45,5	16,9	62,4
Q4	27,7	53,6	18,7	72,3
Q5	35,8	43,8	20,4	64,2
Q1/Q5	1,4	0,8	0,7	0,8
Total adolescentes	41,0	43,9	15,1	59,0
Total mujeres 15-49	47,4	26,0	26,6	52,6

Fuente: Carmen Elisa Flórez y Victoria Soto, "Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia", Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá, D.C., 2006.

^a Adolescentes que tuvieron un hijo en los últimos cinco años.

B. El círculo de pobreza, educación y fecundidad adolescente

La literatura y los datos analizados revelan que existe una relación estrecha entre la fecundidad en la adolescencia, el nivel educativo y la pobreza: la incidencia del embarazo adolescente es mayor en los grupos menos educados y de mayor pobreza. Sin embargo, no se ha establecido si el embarazo precoz es causa o consecuencia de la deserción escolar y de la baja acumulación de capital humano y, por ende, de la pobreza.

Los autores de algunos estudios concluyen que el embarazo en la adolescencia supone un obstáculo importante para realizar las tareas propias de esa etapa de desarrollo: se trunca el proceso de educación que aumenta el capital humano, el desempeño en el mercado laboral es pobre y los ingresos futuros serán bajos. Estas condiciones hacen que el embarazo adolescente contribuya a reproducir el círculo vicioso de la pobreza.

La otra corriente de pensamiento postula que los efectos negativos de la fecundidad adolescente se deben en gran parte a sesgos en el tipo de información que se utiliza en los análisis –datos de corte transversal– o al efecto de condiciones preexistentes desfavorables. Diversos estudios que utilizan información longitudinal o experimentos naturales muestran que los efectos negativos de la fecundidad adolescente son mucho menores que los establecidos con metodologías tradicionales (Hotz y otros, 2005; Geronimus y Korenman, 1992, citado en Urdinola y Ospino, 2007). En el marco de esta corriente de pensamiento, Urdinola y Ospino (2007) examinaron el caso de Colombia entre 1990 y 2000 y los resultados preliminares de su trabajo indican que las diferencias educativas y ocupacionales entre las mujeres que pasaron por un embarazo en la adolescencia y las que no tienden a desaparecer con el tiempo, incluso cuando no se controlan las características socioeconómicas preexistentes. Algunos estudios coinciden en que una parte considerable de los embarazos precoces se debe a las circunstancias de las jóvenes antes de ser madres, que incluyen –por ejemplo– dificultades como el fracaso escolar, problemas de comportamiento, disfuncionalidad familiar y pobreza (Moore y otros, 1995, citado en Guzmán y otros, 2000; Rodríguez, 2005; Buvinic, 1998). Estos estudios sugieren que la deserción escolar y la pobreza son condiciones previas y no consecuencia del embarazo adolescente, que no es el causante de la deserción escolar sino que se debe a la falta de oportunidades sociales y económicas. La probabilidad de que las jóvenes procedentes de familias con menores ingresos tengan un desempeño académico regular es mayor que la de sus pares más favorecidas, debido a que ayudan con las labores domésticas y el cuidado de sus hermanos pequeños en sus hogares y tienen dificultades para acceder a los materiales escolares. Estas condiciones pueden incentivar a las jóvenes a buscar en el embarazo un plan de vida alternativo, según el cual sería

más ventajoso tener un hijo que continuar estudiando (Bledsoe y Cohen, 1992, citado en Guzmán y otros, 2000). Por lo tanto, la situación socioeconómica o clase social de la familia señala un contexto que favorece o desfavorece la fecundidad adolescente. Sin embargo, independientemente de que la fecundidad temprana sea o no consecuencia de los problemas socioeconómicos preexistentes (pobreza, factores culturales) también es una barrera a la movilidad económica y social y alimenta el círculo vicioso de la pobreza.

C. Las consecuencias de la fecundidad adolescente

En el caso específico de Colombia, la información de corte transversal revela una relación muy fuerte entre la maternidad adolescente y la deserción escolar, efecto que se acentúa con la edad. En 2005, solo el 16% de las adolescentes de 17-19 años con hijos o embarazadas asistía a la escuela, mientras que la asistencia era casi del 60% entre las que no tenían hijos (véase el cuadro 15).

Estas diferencias cobran importancia si se considera que a esas edades las jóvenes deben cursar los últimos grados de educación media y por consiguiente el abandono de los estudios supone que no completarán el nivel secundario, que sigue siendo aún insuficiente con respecto a los requerimientos de los mercados de trabajo actuales.

Cuadro 15
COLOMBIA: ADOLESCENTES QUE ASISTEN ACTUALMENTE AL
COLEGIO, POR CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y ZONA, 1995-2005
(En porcentajes)

Condición	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
1995	15-16 años			17-19 años		
Con hijos o embarazada	15,2	23,8	7,0	9,8	13,3	3,2
Sin hijos ni embarazada	73,2	82,0	47,9	58,9	64,2	37,2
Sin hijos/con hijos	4,8	3,5	6,8	6,0	4,8	11,5
2000	15-16 años			17-19 años		
Con hijos o embarazada	13,3	16,7	4,2	11,7	14,7	5,5
Sin hijos ni embarazada	79,5	80,5	58,3	53,2	58,0	30,4
Sin hijos/con hijos	6,0	4,8	13,9	4,6	3,9	5,5
2005	15-16 años			17-19 años		
Con hijos o embarazada	27,1	34,1	16,2	15,9	18,9	8,8
Sin hijos ni embarazada	83,7	87,2	73,4	57,7	60,4	46,4
Sin hijos/con hijos	3,1	2,6	4,5	3,6	3,2	5,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS) de 1995, 2000 y 2005.

La relación entre deserción escolar y maternidad temprana se refleja también en un menor capital humano acumulado. Independientemente del año

de observación, el nivel educativo alcanzado por las mujeres madres disminuye en forma proporcional con la edad a la que tuvieron su primer hijo, incluso al controlar por nivel socioeconómico. En 2005, solo el 39% de las mujeres de 30-34 años que tuvieron su primer hijo antes de los 17 años completó el nivel secundario, mientras que esa proporción aumenta al 76% entre las mujeres del mismo grupo de edad que tuvieron su primer hijo después de los 20 años. En términos de años de educación (véase el cuadro 16), también en 2005, las mujeres madres de 30-34 años habían completado un promedio de 5,5, 6,9 y 9,8 años de escolaridad, según hubieran tenido su primer hijo antes de los 17 años, entre los 17 y los 19 años y después de los 19 años, respectivamente. Tener un hijo en la adolescencia supone un menor capital humano: las madres adolescentes tienen, en promedio, 4,3 años de educación menos que las mujeres que tienen hijos en edad adulta. Estos resultados coinciden con los de un estudio de Núñez y Cuesta (2006), quienes por medio de variables instrumentales analizan el efecto de la fecundidad en los años

Cuadro 16
COLOMBIA: PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN POR COHORTE Y QUINTIL DE RIQUEZA, SEGÚN EDAD AL NACER EL PRIMER HIJO, 1995-2005
(En porcentajes)

Quintil de riqueza	Cohorte de 30-34 años			Cohorte de 40-44 años		
	< 17 años	17-19 años	> = 20 años	< 17 años	17-19 años	> = 20 años
1995						
Q1	2,6	3,2	4,0	1,4	2,0	2,4
Q2	4,2	5,0	6,3	2,7	3,4	4,6
Q3	6,0	6,4	7,9	3,1	4,4	5,8
Q4	7,2	7,7	10,1	5,2	5,6	8,6
Q5	6,1	8,8	11,4	8,4	6,5	10,1
Total	4,8	6,0	8,6	3,6	4,4	7,0
2000						
Q1	3,4	3,7	4,8	2,2	2,7	3,3
Q2	4,7	5,5	7,2	3,2	3,7	6,1
Q3	6,6	6,4	8,6	3,0	5,2	7,3
Q4	6,7	8,2	10,2	7,6	7,4	9,3
Q5	7,7	9,4	12,2	6,7	7,8	10,8
Total	5,3	6,0	9,1	3,9	5,4	8,1
2005						
Q1	3,0	4,4	5,2	2,6	3,0	3,9
Q2	5,0	5,7	7,5	3,9	4,7	6,1
Q3	6,3	7,3	9,2	5,2	5,6	7,7
Q4	7,9	8,4	10,5	6,2	7,5	9,5
Q5	8,4	10,3	12,9	7,0	9,7	11,8
Total	5,5	6,9	9,8	4,6	6,1	8,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS) de 1995, 2000 y 2005.

de educación, la participación laboral y la estructura y el tamaño del hogar de las madres adolescentes. Estos autores afirman que “las mujeres con fecundidad adolescente tienen, en promedio, menos años de educación que las jóvenes que no tienen hijos en esta etapa de su vida. Para las mujeres de 22 a 24 años, el rezago es de 4,6 años”.

Estos diferenciales —que se han acentuado a lo largo del tiempo— suponen claramente una desventaja respecto del capital humano para las adolescentes con hijos. Aunque los datos sugieren una relación inversa entre maternidad precoz y acumulación de capital humano, no indican que la relación sea uno a uno, ni la dirección de dicha relación. La deserción escolar no puede atribuirse en su totalidad a la maternidad temprana, ni siquiera cuando esta la precede. En muchos casos el abandono de los estudios puede obedecer a condiciones adversas relativas al bajo nivel socioeconómico de las adolescentes y no es consecuencia de la maternidad. Sin embargo, los resultados indican una desventaja en materia de capital humano acumulado entre las madres que tuvieron hijos en la adolescencia, en comparación con aquellas que los tuvieron en la edad adulta, inclusive al realizar controles por nivel de riqueza. El capital humano de las mujeres de los estratos bajos es menor que el de las de los estratos altos, independientemente de la edad a la que tuvieron su primer hijo, mientras que en el mismo nivel de riqueza, la acumulación de capital humano es mucho menor entre las que fueron madres adolescentes que entre las que tuvieron su primer hijo en la adultez. En 2005, las mujeres pobres (quintil 1) de 30-34 años que tuvieron su primer hijo antes de los 17 años tenían un promedio de 2,2 años menos de educación que las mujeres pobres de su misma cohorte que fueron madres después de los 19 años. A lo largo del tiempo, esta diferencia fluctúa entre 1,5 años en el estrato bajo y 5,3 años en el estrato alto y favorece siempre a las mujeres que tienen su primer hijo en la edad adulta. Si se consideran al mismo tiempo el efecto del nivel de riqueza y el de la maternidad precoz los diferenciales son enormes: una mujer de 30-34 años del estrato alto que tuvo su primer hijo después de los 19 años tiene, en promedio, 13 años de educación, es decir más de cuatro veces el nivel educativo de una mujer de la misma cohorte que pertenece al estrato bajo y tuvo su primer hijo antes de los 17 años (véase el cuadro 16). Estas diferencias acentúan claramente el círculo vicioso de la pobreza.

Sin embargo, el bajo nivel de acumulación de capital humano de las jóvenes madres no es la única consecuencia de la fecundidad adolescente. Núñez y Cuesta (2006) afirman que los efectos negativos de la maternidad a edades tempranas no sólo afectan a las adolescentes sino también a sus hijos, en aspectos relacionados con la vacunación, el estado de salud y la educación de los niños.

D. La fecundidad adolescente como consecuencia

A pesar de esta marcada relación negativa entre pobreza, deserción escolar, capital humano acumulado y fecundidad adolescente, no se puede concluir que la maternidad temprana es la causa de la interrupción de la trayectoria educativa de las adolescentes. Como se mencionó anteriormente, algunos autores sugieren que la deserción escolar es la causa de la maternidad precoz, mientras que otros la consideran una consecuencia. Con el fin de indagar sobre la secuencia de esos dos acontecimientos, para este trabajo se usaron las historias de vida cuantitativas de un estudio sobre salud adolescente realizado en Bogotá y Cali en el año 2003.⁶ La mayoría (84%) de las adolescentes encuestadas tenía un nivel educativo por debajo de la secundaria completa (nueve años). Casi una tercera parte había iniciado relaciones sexuales (32%) y un poco menos de la cuarta parte de estas había tenido un embarazo (23%), pero menos del 7% había tenido un hijo. La mayoría de las que habían iniciado relaciones sexuales había usado métodos de planificación familiar (85%) (véase el cuadro 17). Se observan inequidades por estrato socioeconómico, desfavorables a las adolescentes de estratos bajos con menor nivel educativo, que inician sus relaciones sexuales y la maternidad en forma más temprana y usan en menor medida los métodos de planificación familiar (véase el cuadro 17).

Cuadro 17
**COLOMBIA: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
 DE LAS ADOLESCENTES. BOGOTÁ Y CALI, 2003**
(En porcentajes)

Característica	Estrato		Total
	Bajo	Medio-Alto	
Asistencia escolar	75,8	89,8	83,7
Promedio años de educación	8,6	9,7	9,3
Soltera	88,8	96,7	93,3
Ha tenido relaciones sexuales	37,8	27,7	32,1
Alguna vez embarazada	12,0	3,9	7,4
Alguna vez embarazada ^a	31,9	14,0	23,3
Con hijos nacidos vivos	11,3	3,3	6,8
Ha usado planificación familiar ^a	79,8	91,8	85,6
N (observaciones)	484	608	1 102

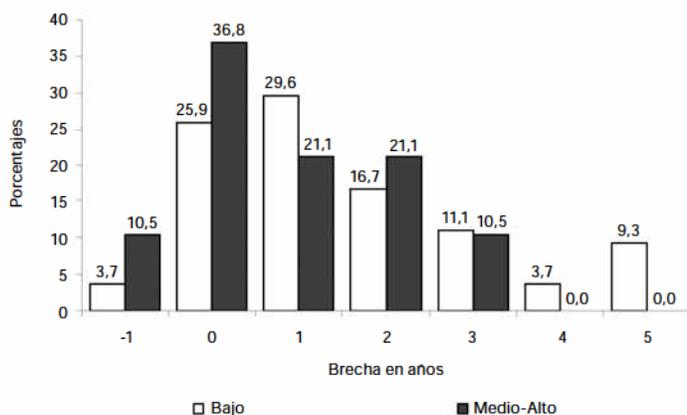
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta de salud adolescente, 2003.

^a Entre las que han iniciado relaciones sexuales.

⁶ Estudio de carácter longitudinal, que combina métodos de investigación cuantitativa y cualitativa. Se entrevistó a 1.102 adolescentes de Bogotá y Cali de 13-19 años, representativas por nivel socioeconómico, y se entrevistó en profundidad a una submuestra de 48 adolescentes. El estudio fue realizado en el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE), Universidad de Los Andes. Para mayor detalle, véase Flórez y otros (2004).

Sobre la base de las trayectorias reproductiva y educativa de las madres adolescentes de las dos ciudades, se calculó la brecha entre la edad al nacimiento del primer hijo y la edad al momento de la deserción escolar más próxima.⁷ Los resultados (véase el gráfico 1) indican que la brecha es positiva en la mayoría de los casos –independientemente del estrato socioeconómico– puesto que la deserción escolar antecede a la maternidad precoz. Sin embargo, este fenómeno es mucho más marcado entre las adolescentes del estrato bajo que entre las del medio-alto.

Gráfico 1
COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES,
POR BRECHA ENTRE EL PRIMER EMBARAZO Y LA DESERCIÓN
ESCOLAR, SEGÚN ESTRATO. BOGOTÁ Y CALI, 2003



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta de salud adolescente, 2003.

Si se agrupan los intervalos de la brecha se aprecia que casi las dos terceras partes de las adolescentes madres salieron del sistema educativo antes de su primer embarazo. En el 28,7% de los casos la deserción coincide con el embarazo y solo en un 5,5% es posterior (véase el cuadro 18). No es posible afirmar que el embarazo sea la causa de la deserción escolar de la mayoría de las adolescentes madres, si se considera que esta es más frecuente en el estrato más bajo, en el que el 70% de las adolescentes madres dejó el sistema educativo antes del primer embarazo. Esto sugeriría que esos embarazos podrían ser en su mayoría deseados y confirmaría los resultados de estudios previos que indican que la deserción escolar y la pobreza son condiciones previas y no consecuencias del embarazo adolescente. Por lo tanto, las políticas para romper el círculo vicioso de la pobreza serían más eficaces

⁷ En dos casos las adolescentes asisten actualmente al colegio, pero la edad del nacimiento del primer hijo y la edad actual coinciden, por lo que no se puede saber si saldrán o no del sistema educativo. Los dos casos corresponden al estrato bajo.

si incentivarán la permanencia en el sistema educativo en lugar de solo ampliar la oferta de métodos de planificación familiar entre las adolescentes.

Cuadro 18
**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES
 SEGÚN BRECHA ENTRE EDAD AL PRIMER HIJO
 Y DESERCIÓN ESCOLAR. BOGOTÁ Y CALI, 2003**
(En porcentajes)

Brecha	Estrato		Total
	Bajo	Medio-Alto	
Negativa (Embarazo < Deserción)	3,7	10,5	5,5
Cero (Embarazo = Deserción)	25,9	36,8	28,7
Positiva (Embarazo > Deserción)	70,4	52,7	65,8
Total	100,0	100,0	100,0
Reintegro al sistema educativo			
Negativa (Embarazo < Deserción)	50,0	100,0	75,0
Cero (Embarazo = Deserción)	21,4	28,6	23,8
Positiva (Embarazo > Deserción)	18,4	30,0	20,8
Total	20,4	36,8	24,7
N (Observaciones)	54	19	73

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta de salud adolescente, 2003.

Aunque gran parte de la deserción escolar precede al embarazo precoz, debe considerarse que la edad de la deserción escolar coincide con la del primer embarazo en casi el 30% de las adolescentes madres y que este hecho es más marcado entre las adolescentes del estrato medio-alto. De forma similar, en el 10% de los casos correspondientes al estrato alto el embarazo precede a la deserción. Casi la mitad de las adolescentes madres de ese estrato abandonan los estudios al quedar embarazadas o durante la gestación, mientras que en el estrato bajo estos casos solo llegan al 30%. Esto supone que, al contrario de lo que ocurre con las adolescentes del estrato bajo, el embarazo precoz ocasiona en gran medida la deserción escolar de las jóvenes del estrato alto. Esto explica las mayores tasas de embarazo no deseado entre las adolescentes de los estratos altos.

Incluso en los casos en que el embarazo es la causa de la deserción (34%), el efecto sobre el capital humano acumulado depende de la reinserción de la adolescente madre en el sistema escolar. En el cuadro 18 también se muestra que tres cuartas partes de las adolescentes cuyo embarazo precede a la deserción (brecha negativa) se reintegran al sistema educativo, proporción que se reduce a la mitad en el estrato bajo. Sin embargo, cuando el embarazo y la deserción son simultáneos o la deserción precede al embarazo, solo entre un 18% y un 30% de las adolescentes regresa a la escuela. En la mayoría de los casos con brecha cero o positiva se interrumpe la trayectoria educativa. Al considerar solo los casos

en que la deserción escolar y el primer embarazo son simultáneos, suponiendo que la deserción es consecuencia del embarazo precoz, los resultados indican que el 20% de las adolescentes del estrato bajo y el 26% de las del estrato alto no completan su educación por ese motivo. En estos casos, las acciones de política también deberían estar orientadas a brindar mayor información sobre la fisiología de la reproducción y el uso adecuado de los métodos de planificación familiar y a promover y facilitar el acceso a dichos métodos y su uso racional.

La deserción escolar precede a la mayoría (70%) de los embarazos adolescentes registrados en el estrato bajo, mientras que en el 26% de los casos estos acontecimientos ocurren simultáneamente. En ambas circunstancias, la mayoría (80%) de las adolescentes madres no se reintegra al colegio y por ende no completa su trayectoria educativa.

VI. Conclusiones

A. Resultados del estudio

En este estudio se destacan el incremento de la fecundidad adolescente desde 1990, el marcado aumento del número de madres solteras y del tiempo de exposición al riesgo de embarazo (al disminuir la edad de inicio de las relaciones sexuales), el menor número de uniones y el mayor uso de métodos de planificación familiar. Sin embargo, se observan vacíos fundamentales en los conocimientos de las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva: la gran mayoría desconoce su propia fisiología de la reproducción y el uso adecuado de los métodos. Estos dos hechos se manifiestan en altas tasas de falla del método de planificación familiar y de embarazos no deseados, muchos de ellos previos al establecimiento de uniones estables.

Las inequidades socioeconómicas –por educación o condición económica– relativas a la fecundidad adolescente surgen de las inequidades en los determinantes próximos. Las adolescentes menos educadas o de menor nivel económico están más expuestas al riesgo de embarazo a causa de un inicio más temprano de las relaciones sexuales. Al mismo tiempo, la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar es mayor entre estas jóvenes, debido a un menor acceso a información adecuada y a la posibilidad de uso apropiado de los métodos. No obstante, la proporción de fecundidad no deseada tiende a aumentar con el nivel socioeconómico de las adolescentes, lo que refleja la importancia de los factores contextuales y la falta de oportunidades sociales y económicas alternativas a la maternidad para las más pobres.

A pesar de la marcada relación negativa entre el nivel socioeconómico (educación o riqueza) y el nivel de fecundidad, no se ha llegado a un consenso

sobre la dirección de los efectos. En este documento se confirman los resultados de algunos estudios previos, que indican que en el estrato bajo la deserción escolar y la pobreza son, en la mayoría de los casos, condiciones previas y no consecuencia del embarazo adolescente. Sin embargo, una proporción considerable de las adolescentes pobres –la cuarta parte– abandona los estudios durante el embarazo. En la mayoría de los casos se interrumpe la trayectoria educativa y se refuerza de ese modo el círculo vicioso de la pobreza. Las políticas sociales para reducir la pobreza y la desigualdad deberían, en primer lugar, promover acciones que incentiven la permanencia de las adolescentes pobres en el sistema escolar, mejorando la cobertura y la calidad de la educación. En segundo lugar, es necesario crear programas para mejorar la información sobre la fisiología reproductiva y el uso adecuado de métodos de planificación familiar y hacerla llegar a todas las adolescentes. En tercer lugar, se debe promover el acceso a los métodos de planificación familiar e incentivar su uso, mediante la reducción de sus costos y una amplia difusión. Por último, se debe mejorar la eficiencia de la anticoncepción en todos los grupos sociales, reduciendo las tasas de falla de los métodos.

B. Vinculación con las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes

Desde la década de 1960, la política de salud sexual y reproductiva instrumentada en el país sigue las directrices mundiales que alientan las actividades de control de la natalidad para prevenir las explosiones demográficas, reconociendo y respetando los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos (Echeverry, 1991). El objetivo principal de esta política es mejorar la salud sexual y reproductiva, promover su ejercicio y reducir los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo. En el marco de la política, se define a la población adolescente como un grupo poblacional vulnerable, a raíz del incremento sostenido en la proporción de madres adolescentes en el país.

Las líneas de acción dirigidas a los adolescentes y desarrolladas en la política de salud sexual y reproductiva son las siguientes: i) la promoción de la salud sexual y reproductiva mediante estrategias de intervención que no solo involucren al adolescente sino también a su entorno social; ii) la coordinación intersectorial e interinstitucional para el diseño y desarrollo de proyectos relacionados; iii) el fortalecimiento de la gestión institucional y de la participación de los adolescentes; iv) la potenciación de redes sociales de apoyo, y v) el desarrollo de investigaciones bajo esta línea (Ministerio de Protección Social, 2000). ¿Cuán efectivas han sido estas líneas de acción? Nada se sabe sobre la evaluación o el seguimiento de estas intervenciones.

Como parte de la instrumentación de la política, el Sistema general de seguridad social facilita el acceso potencial a los servicios de promoción y

desarrollo de la salud sexual y reproductiva y prevención de enfermedades de transmisión sexual, tanto para hombres como para mujeres. Específicamente, la ley 100 de 1993 incluye en el plan de atención básica, el asesoramiento relativo a la planificación familiar como un servicio esencial para los usuarios en edad reproductiva. Sin embargo, los jóvenes y adolescentes señalan que los servicios prestados no son adecuados para ellos, se quejan de la atención del personal médico y de la información que se les ofrece (Flórez y otros, 2004; Profamilia, 2000).

Entre los promotores de la política de salud sexual y reproductiva, no solo se distingue la participación de entidades públicas sino también de las instituciones privadas que colaboran en el desarrollo de diversos programas. Profamilia es uno de los principales ejecutores de las medidas de planificación familiar instrumentadas en el país y desarrolla programas para defender y promover los derechos sexuales de los adolescentes. Además de esta, hay otras organizaciones no gubernamentales que realizan distintas actividades en materia de planificación familiar para este sector de la población. Esta interacción institucional entre los planos público y privado ha permitido extender la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva para la población adolescente y difundir el uso de métodos de planificación familiar en zonas urbanas y rurales (Echeverri, 1991). Sin embargo, ampliar la oferta de métodos de planificación familiar no es suficiente: los adolescentes deben conocerlos y tener acceso a la información sobre su uso adecuado.

Junto con las actividades generales en materia de planificación familiar, la educación sexual es uno de los principales instrumentos de la política para prevenir la fecundidad adolescente y reducir los riesgos de mortalidad materna e infantil. El Plan Nacional para la Educación Sexual, creado en 1992, incorporó a los planes educativos de colegios y escuelas la cátedra de salud sexual y reproductiva para todos los estudiantes de bachillerato, que incluye la capacitación de maestros en esta materia (Flórez y Soto, 2005). En 1994 se dictó oficialmente la Ley de Educación Sexual (ley 115 de 1994), que establece la obligatoriedad de incluir proyectos pedagógicos de educación sexual en el plan de estudios de todos los centros educativos públicos y privados (MEN, 1999). En 1998, el gobierno definió los lineamientos para la política de salud sexual y reproductiva, que sanciona el derecho a una educación sexual y reproductiva desde la infancia y el derecho a acceder a esos servicios de salud en forma integral (Ministerio de Salud, 1998). No obstante, estas medidas no han tenido los resultados esperados. Uno de los grandes problemas actuales es el desconocimiento de los adolescentes de su propia fisiología reproductiva. Los cursos de salud sexual y reproductiva impartidos en los colegios presentan algunos inconvenientes, tanto con respecto a la forma en que se dicta la cátedra como a los temas cubiertos. La mayoría de los temas tratados exaltan el componente genital de la sexualidad y dejan de lado otras dimensiones, como la afectiva, comunicativa y social (Vargas y otros, 2004). Por último, la metodología desarrollada en las clases se caracteriza por ser descriptiva

y no reflexiva. Los temas se exponen en forma magistral y se limita el espacio para la participación y discusión (Vargas y otros, 2004).

En general, los resultados indican que el sistema de salud no está facilitando a los adolescentes la información ni el acceso adecuado a los servicios y métodos de planificación familiar por ellos requeridos. En segundo lugar, se advierte la necesidad de revisar las líneas de acción y aplicación de la política dirigida a los adolescentes de ambos sexos, con el fin de efectivamente incidir en los determinantes próximos y socioeconómicos del comportamiento reproductivo en este sector de la población. Para ello, se deben tomar medidas para llenar los vacíos fundamentales en materia de salud sexual y reproductiva, fomentar el uso adecuado de los métodos de planificación familiar, influir de manera apropiada en las cogniciones sexuales de los adolescentes y alentar su permanencia en los sistemas de educación primaria y secundaria.

Bibliografía

- Buvinic, Mayra (1998), "Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México", *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Chackiel, Juan y Susana Schkolnik (2004), "América Latina: Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad", *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o Revolución?*, serie Seminarios y conferencias, N° 36 (LC/L.2097-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), "Transformaciones demográficas en América Latina y el Caribe y consecuencias para políticas públicas", *Panorama social de América Latina (LC/L.2220-P/E)*, cap. 2, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.148.
- Di Cesare, Mariachiara (2006), "Estudio sobre patrones emergentes en la fecundidad y la salud sexual y reproductiva y sus vínculos con la reducción de la pobreza en América Latina", documento presentado a la Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, 14 y 15 de noviembre.
- Echeverry, Gonzalo (1991), *Contra viento y marea. 25 años de planificación familiar en Colombia*, Bogotá, D.C., Profamilia.
- Ferrando, Delicia (2004), "La fecundidad por edades en América latina y sus perspectivas futuras", *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?*, serie Seminarios y conferencias, N° 36 (LC/L.2097-P), Santiago de Chile, mayo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.34.
- Flórez Carmen Elisa y Jairo Núñez (2002), "Teenage childbearing in Latin American countries", *Documento CEDE*, N° 1, Bogotá, D.C., Facultad de Economía, Universidad de Los Andes, enero.
- Flórez, Carmen Elisa y Victoria Soto (2006), "Salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Colombia", Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Bogotá, D.C.

- ____ (2005), "Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política", informe para Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD), Bogotá, D.C., Departamento Nacional de Planeación.
- Flórez, Carmen Elisa y otros (2004), "Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida", *Documento CEDE* N° 31, Bogotá, D.C., Facultad de Economía, Universidad de Los Andes, agosto.
- Guzmán, J. y otros (2000), "Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe", México, D.F., inédito.
- Hennig, Sabine (2004), "La transición de la fecundidad en el Mundo", *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, serie Seminarios y conferencias*, N° 36 (LC/L.2097-P), Santiago de Chile, mayo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.34.
- Hotz, V.J., S. McElroy y S.G. Sanders (2005), "Teenage childbearing and its life cycle consequences: exploiting a natural experiment", *Journal of Human Resources*, vol. 40, N° 3.
- Kliksberg, Bernardo (2000), "Impactos de la situación social de América Latina sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas", *Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, N° 2, vol. 11, Universidad de Tel Aviv.
- MEN (Ministerio de Educación Nacional) (1999), "Proyecto nacional de educación sexual: actualización", Bogotá, D.C.
- Ministerio de Protección Social (2000), "Política nacional de salud sexual y reproductiva", Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud (1998), "Lineamientos de políticas de salud sexual y reproductiva", *documento técnico*, N° 1, Bogotá, D.C.
- Núñez, J. y L. Cuesta (2006), "Efectos de algunos factores demográficos sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia", Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005, Bogotá, D.C., Profamilia.
- Ordóñez, Myriam y Rocío Murad (2002), "Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil", *Estudio a profundidad de la ENDE - 2000*, Bogotá, D.C., Profamilia/Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
- Profamilia (2005), "Salud sexual y reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud", Bogotá, D.C.
- ____ (2000), "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000", Bogotá, D.C.
- Roblado, María Ester (2001), "Recuperar la figura paterna", *Hacer familia*, N° 72, Santiago de Chile.
- Rodríguez, Jorge (2005), "La reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política", *Revista de la CEPAL*, N° 86 (LC/G.2282-P/E), Santiago de Chile, agosto.
- ____ (2003), "La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición", *serie Población y desarrollo*, N° 46 (LC/L.1996-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.158.
- Rutstein, Shea y Johnson Kiersten (2004), "The DHS wealth index", *DHS Comparative Report*, N° 6, Maryland, ORC Macro.
- Schkolnik, Susana (2004), "La fecundidad en América Latina", *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, serie Seminarios y conferencias*, N° 36 (LC/L.2097-P), Santiago de Chile, mayo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04. II.G.34.

- Simmons, G. (1985), "Research on the determinants of fertility", *Fertility in developing countries*, G.M. Farooq y G.B. Simmons (eds.), Macmillan series.
- Singh, Susheela (1998), "Adolescent childbearing in developing countries: a global review", *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Urdinola, P. y C. Ospino (2007), "Long term consequences of adolescent fertility in Colombia", inédito.
- Vargas, E. y otros (2004), "Influencia de los programas de televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes", *Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO)*, N° 82, Bogotá, D.C., Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes.
- Wartenberg, Lucy (1999), *Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia*, Bogotá, D.C., Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social (CIDS), Universidad Externado/ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).