



<https://goo.gl/eeD3sP> y <https://goo.gl/4EmKC3>

Desigualdad, embarazo adolescente y otros aspectos, a propósito del informe UNFPA 2017

La ONU-UNFPA divulgó en octubre de 2017 su tradicional informe del estado de la población mundial, en el cual analiza, entre otros tópicos, cómo la persistencia de un alto número de casos de embarazo adolescente en Latinoamérica ha creado un círculo vicioso de desigualdad que impide a las mujeres y a sus hijas e hijos salir de la pobreza. A continuación, se presenta un análisis comparativo entre Latinoamérica, Colombia y Bogotá sobre el fenómeno del embarazo en adolescentes y otros problemas subyacentes como el acceso a métodos anticonceptivos y la mortalidad materna.

Para efectos de poder establecer algún parámetro de referencia que permita aproximarse al panorama del fenómeno en la región latinoamericana en comparación con Colombia y su capital, para el análisis se usan las cifras que trae el informe UNFPA para América Latina (cifras 2006-2015 y solo 2015 para algunas variables y 2017 para otras), en tanto para Bogotá y Colombia se usan las suministradas por el DANE a través del sistema de estadísticas vitales y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015.

Uso de anticonceptivos modernos

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por su sigla en inglés), la tasa de uso de anticonceptivos modernos¹ en mujeres de 15 a 49 años latinoamericanas es del 70% en 2017; sin embargo, como la desigualdad también se refleja en el acceso a métodos de planificación familiar, las cifras revelan que la tasa de uso de estos métodos por parte de mujeres del área rural es menor, con el 67%, frente al 73% de las zonas urbanas². Para Colombia, la tasa de uso de anticonceptivos por parte de mujeres de 15 a 49 años, según la ENDS 2015, es del 61,4% y para Bogotá es del 64,6% (mapa 1).

Aunque los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, lo que garantiza su universalidad, la necesidad de servicios de planificación familiar no satisfecha afecta a 12,8 millones de adolescentes en los países en desarrollo³, lo cual explica por qué en Colombia solo el 28,5% de las adolescentes de 15 a 19 años usan métodos anticonceptivos modernos.

Esta situación ha propiciado, junto con otros fenómenos, que las tasas de embarazo adolescente sean muy altas en América Latina, problema que se ha convertido en “el mayor desafío para la región en términos de derechos sexuales y reproductivos”, según la ONU³.

© Secretaría Distrital de la Mujer, 2017

Observatorio Distrital de Mujeres y Equidad de Género, OMEG

Dirección de Gestión del Conocimiento

Avenida El Dorado, calle 26 No. 69-76, torre 1, piso 9
PBX: 316 90 01

Sitio web
<http://omeg.sdmujer.gov.co/OMEG/>
Correo electrónico
dir_gestionconocimiento@sdmujer.gov.co

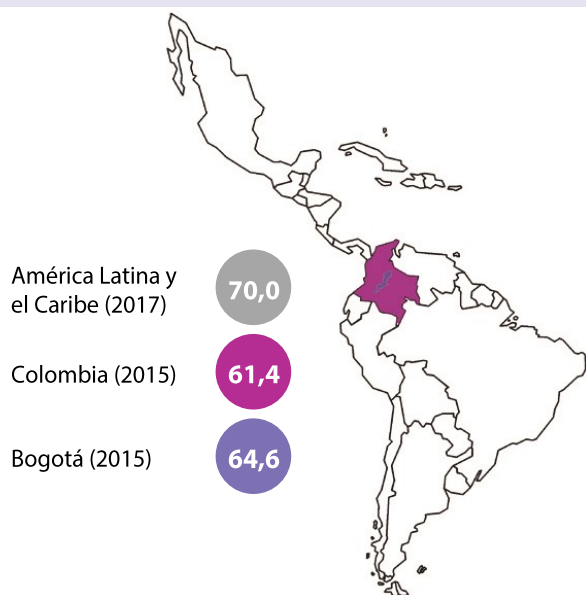


Según el Informe UNFPA 2017 y el DANE (estadísticas vitales), en el año 2015:

- La tasa específica de fecundidad (TEF) para las adolescentes de **América Latina y Colombia** coincide en **64** nacimientos por cada 1.000 mujeres de **15 a 19 años**, en tanto la de Bogotá es de **49**
- La tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos(as) vivos(as) es de **68** en América Latina y el Caribe, **72** en Colombia y **48,6** en Bogotá

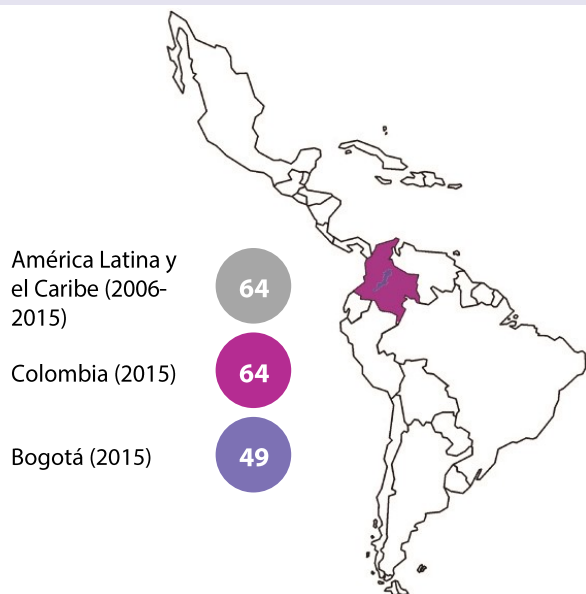
En Colombia, el **21,1%** de los hogares con jefatura femenina se encuentran en **pobreza monetaria**. En Bogotá la proporción es del **8,5%** (DANE)

Mapa 1. Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos (mujeres de 15 a 49 años - %)



Fuente: Informe UNFPA 2017 y ENDS 2015.

Mapa 2. Tasa específica de fecundidad (por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años)



Fuente: Informe UNFPA 2017 y DANE (estadísticas vitales 2015).

Tasa específica de fecundidad en adolescentes

Según el UNFPA, para el periodo 2006-2015, la tasa específica de fecundidad (TEF) en Latinoamérica es de 64 nacimientos por cada 1.000 mujeres del grupo etario comprendido entre 15 y 19 años. Para Colombia y Bogotá, según las estadísticas vitales del DANE, la tasa específica de fecundidad durante 2015 es de 64 y 49, respectivamente (mapa 2).

De acuerdo con el Conpes Social 147, el embarazo de niñas y adolescentes se ha considerado a partir de la década de los setenta como una “problemática social y de salud pública, necesaria de ser intervenida a fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo”⁴. Aunque en Bogotá el número de partos de las adolescentes sea más bajo que el que se registra en el país y en la región, la meta es que ninguna adolescente quede en estado de gestación, pues la maternidad en esta etapa de la vida puede conllevar el abandono de la escuela y la privación de conocimientos y capacidades importantes, con el consiguiente menoscabo de las oportunidades de empleo y de remuneración futuras⁵.

La relación entre pobreza, desigualdad social y embarazo adolescente puede verse en Bogotá si se analiza la tasa específica de fecundidad (TEF) por localidades, pues los territorios más pobres de la capital y aquellos con alta presencia de zonas de tolerancia y ejercicio de actividades sexuales pagadas son los que más casos de embarazo en adolescentes presentan en 2015, de acuerdo con cifras de la Secretaría Distrital de Salud. En ese sentido, las localidades con la TEF más alta en adolescentes de 15 a 19 años son Ciudad Bolívar (72,2 por cada 1.000 niñas), Bosa (69,1), San Cristóbal (67,9), Rafael Uribe Uribe (65,8), Santa Fe (62,2), Usme (60,4) y Los Mártires (54,7).

Tasa de mortalidad materna

Otro aspecto importante para evaluar es el que atañe a las tasas de mortalidad materna, indicador que está directamente relacionado con la edad de la madre y la pobreza económica que lleva a que ellas no desarrollen una buena salud y no tengan acceso a servicios médicos de calidad.

La tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe para 2015 es de 68 por cada 100.000 personas nacidas vivas, mientras que en Colombia fue de 72 y en Bogotá de 48,6, para el mismo año (mapa 3).

Para reducir las cifras de mortalidad materna, la OMS ha establecido la importancia del acceso a controles prenatales, los cuales permiten identificar y monitorear las causas más comunes de deceso como hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional

y demás complicaciones en el parto. Hasta noviembre de 2016, la OMS había determinado que el mínimo de controles prenatales necesarios para garantizar un embarazo seguro y sano era de cuatro y, ahora, elevó este número a ocho⁶.

Pobreza y embarazo adolescente

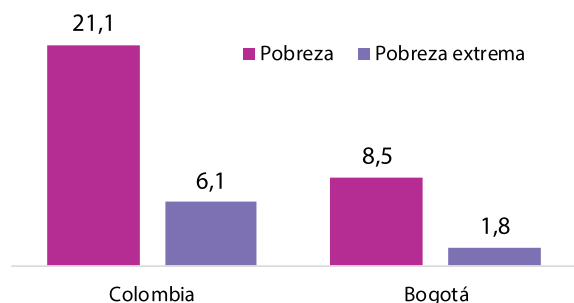
El bajo acceso a anticonceptivos modernos, el embarazo adolescente y la mortalidad materna son problemas sociales asociados con la pobreza y los bajos ingresos que, a su vez, derivan en la falta de atención en salud, las complicaciones evitables antes, durante y después del parto y el acceso a información oportuna y completa, entre otros elementos. Además, contribuyen con el círculo vicioso de la pobreza, al condenar a niñas y adolescentes a menores años

Mapa 3. Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 personas nacidas vivas)



Fuente: Informe UNFPA 2017, ENDS 2015 y DANE (estadísticas vitales).

Gráfico 1. Porcentaje de hogares con jefatura femenina que están por debajo de la línea de pobreza e indigencia. Colombia y Bogotá, 2016



Fuente: DANE, pobreza monetaria y multidimensional (GEIH).

géneros va a tener el impacto esperado. En este sentido, el informe de UNFPA recomienda enfocar los esfuerzos en mantener a las niñas en las escuelas y propender porque terminen los estudios, favorecer las condiciones que permitan su acceso al mercado laboral y la obtención de ingresos dignos, el fortalecimiento de la autonomía y la autoestima y el fomento de la equidad de género, para que los aportes, la participación y las elecciones de mujeres y hombres sean valorados de igual manera en la sociedad⁸.

de escolarización, riesgo de muerte o de enfermedades graves como el Sida, menor participación en el mercado laboral y empleos informales y mal remunerados, entre otros.

Para dimensionar un poco más lo que implica el embarazo adolescente, el Banco Mundial realizó un estudio en el que sugiere que el costo de oportunidad a lo largo de la vida asociado al embarazo en la adolescencia –que se mide calculando la pérdida de ingresos anuales a lo largo de la vida de la madre– se sitúa entre el 1% del producto interno bruto (PIB) anual de China (11,2 billones de dólares en 2016) y el 30% del PIB anual de Uganda (25,53 miles de millones de dólares)⁷.

En Colombia, según el DANE, el 21,1% de los hogares con jefatura femenina están por debajo de la línea de pobreza (3,8 puntos por debajo de los hogares con jefatura masculina). En el mismo sentido, los hogares liderados por mujeres que se encuentran en pobreza extrema es del 6,1%. Aunque en Bogotá la incidencia de la pobreza es menor que en el país, también influye en las desigualdades que experimenta la población con menores ingresos, en materia de salud y acceso a servicios básicos. De esta manera, en la ciudad el 8,5% de los hogares liderados por mujeres experimentaron pobreza monetaria y el 1,8% indigencia o pobreza extrema en 2016 (gráfico 1).

El UNFPA habla del círculo “vicioso” de inequidad porque las mujeres más pobres, en especial las de menor escolaridad y de áreas rurales, al carecer de acceso a métodos anticonceptivos están más expuestas a embarazos no deseados, con las consecuencias ya mencionadas, las afectaciones importantes para sus proyectos de vida y la condena a continuar en condiciones inequitativas, siempre y cuando se salven de morir por abortos clandestinos inseguros o por complicaciones graves durante el parto.

La pobreza y la desigualdad económica deben seguir siendo objetivos importantes en las agendas nacionales, con enfoque de género, problemáticas que multiplican las privaciones y hacen fallidos los intentos por corregir el estado de cosas actual. Dado que las mujeres son la mitad de la población del planeta, ningún esfuerzo que no considere la reducción de la brecha entre los

- Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los preservativos y los métodos de barrera femeninos (UNFPA).
- UNFPA (2017). Mundos aparte: la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. Estado de la población mundial 2017, p. 21 (goo.gl/EW4GcF).
- Tinjaca, Diana (2017). El embarazo adolescente en América Latina: una historia de nunca acabar. *El Espectador* (17 de octubre).
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 147. Bogotá, D.C., 31 de enero de 2012.
- UNFPA, op. cit., p. 38.
- Ibidem, p. 25.
- Chaaban, Jad, and Cunningham, Wendy (2011). *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington D.C.: World Bank. En UNFPA, op. cit., p. 65.
- UNFPA, op. cit., p. 81.

Elaboración
Ana María Valencia Mosquera

Revisión, diseño y diagramación
Martha Patricia Jiménez R.

**OMEG - DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO -
SDMUJER**