

**ACCIONES DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
FUNDAMENTADAS EN EL NIVEL Y CAMBIO DE LA FECUNDIDAD EN LOS  
TERRITORIOS DE COLOMBIA EN AÑOS RECIENTES**

Monografía de grado para obtener título de Administrador Público

**Estudiante:**

Duván Manuel Sanabria Cruz<sup>1</sup>

**Tutora Asignada:**

Margarita Rosa Medina Vargas  
Economista Dra. demografía<sup>2</sup>

Escuela Superior de Administración Pública ESAP

Bogotá, D.C 2025

---

<sup>1</sup> duvan.sanabria@esap.edu.co

<sup>2</sup> Margarita.medina@esap.edu.co

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPITULO 1. PERSPECTIVA Y MARCO METODOLOGICO .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1    Perspectiva del estudio.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1    La salud sexual y reproductiva como derecho y pilar del desarrollo</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2    Desigualdades en salud y determinantes sociales.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.3    Determinantes sociales como causas estructurales de las inequidades en SSR.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.4    Fecundidad y factores contextuales.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.4    Fecundidad adolescente: fundamentos conceptuales.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.5    Políticas de derechos sexuales y reproductivos y su relación con el nivel y cambio de la fecundidad.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2    Marco metodológico.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.1    Diseño del estudio.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.2    Componente 1: Análisis estadístico demográfico.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.3    Componente 2: Análisis documental.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPITULO 2. NIVEL Y CAMBIO DE LA FECUNDIDAD EN LOS TERRITORIOS DE COLOMBIA.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1    Tendencias generales de la fecundidad.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2    Diferencias departamentales de la tasa global de fecundación .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3    Acceso y uso de métodos anticonceptivos y su relación con la fecundidad.....</b>	<b>28</b>
<b>CAPITULO 3. DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD Y LA FECUNDIDAD ADOLECENTE.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1    Fecundidad según la edad de la mujer.....</b>	<b>32</b>
<b>3.2    Fecundidad según el nivel de educación de la mujer .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3    Fecundidad adolescente: un desafío persistente .....</b>	<b>36</b>
<b>3.5    Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y su relación con la fecundidad adolescente .....</b>	<b>39</b>
<b>3.5.1    Barreras en la atención en salud.....</b>	<b>40</b>
<b>3.5.2    Educación sexual integral insuficiente .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPITULO 4. RETOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA FRENTE A LOS DIFERENCIALES TERRITORIALES DE LA FECUNDIDAD .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1    Evolución histórica y avances normativos en la política pública de salud sexual y reproductiva en Colombia.....</b>	<b>41</b>

4.2	Nivel y cambio de la fecundidad y políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva.....	43
4.3	Desafíos, retos actuales y perspectiva hacia el 2031 .....	43
<b>CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....</b>		<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA CITADA.....</b>		<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>53</b>
	<b>Anexo 1. Lista de ilustraciones y tablas .....</b>	<b>53</b>

## RESUMEN

La presente monografía aborda la urgencia de analizar las disparidades territoriales en la fecundidad y el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en Colombia. Si bien la SSR es reconocida como un derecho humano esencial, su ejercicio pleno se ve obstaculizado por profundas desigualdades que afectan especialmente a poblaciones rurales, étnicas y periféricas. Aunque el país ha logrado una reducción significativa de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), alcanzando el nivel de reemplazo generacional (2,0 hijos por mujer en 2015), esta transición demográfica ha sido profundamente inequitativa.

El estudio, que integra los enfoques de derechos humanos y determinantes sociales a partir del análisis de las ENDS 2010 y 2015, confirmó la persistencia de una brecha territorial de casi dos décadas. Mientras que las áreas urbanas reportan niveles de fecundidad inferiores al reemplazo, la TGF rural (2,6 hijos) es marcadamente superior a la urbana (1,8 hijos). Esta disparidad se acentúa en departamentos como la Amazonía y La Guajira, y está fuertemente correlacionada con el nivel educativo: las mujeres sin escolaridad registraron una TGF de 3,9 hijos, lo que subraya la naturaleza estructural de la desigualdad.

En el ámbito de la planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado; sin embargo, en las zonas rurales persiste una riesgosa dependencia de métodos tradicionales. Un indicador crítico de esta inequidad estructural es la Fecundidad Adolescente (TFA), cuya reducción ha sido leve y demuestra un estancamiento (de 20,5% a 17,4%). Las tasas son significativamente más altas en el ámbito rural (23%), vinculándose directamente a barreras de atención (vergüenza, distancias) y la implementación insuficiente de la Educación Sexual Integral (ESI).

A pesar de que las políticas públicas en SSR han avanzado normativamente, el obstáculo principal yace en su implementación fragmentada y desigual. La superación de este desafío, en línea con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, exige una acción bifocal: primero, una inversión real y descentralizada para dismantelar las barreras logísticas y asegurar la disponibilidad continua de métodos modernos; y segundo, garantizar una articulación intersectorial robusta de la ESI, asegurando la pertinencia cultural y territorial de los servicios para lograr la consolidación de la transición demográfica equitativa en todo el país.

**PALABRAS CLAVES:**

Fecundidad, Fecundidad Adolescente, Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Política Pública, Desigualdades Territoriales, Determinantes Sociales, Métodos Anticonceptivos

**KEY WORDS:**

Fertility, Adolescent Fertility, Sexual and Reproductive Health (SRH), Public Policy, Territorial Inequalities, Social Determinants, Contraceptive Methods

## PRESENTACIÓN

La presente monografía tiene como objetivo general analizar las disparidades territoriales en la fecundidad y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, con enfoque en poblaciones vulnerables, para formular estrategias que fortalezcan la oferta pública pertinentes cultural y territorialmente, contribuyendo a la reducción del embarazo adolescente y al bienestar reproductivo en las regiones del país.

Por lo tanto, la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) constituye un componente esencial del bienestar humano y un eje articulador del desarrollo social, económico y educativo de los territorios. Su garantía efectiva depende del acceso universal, oportuno y de calidad a servicios de salud, información confiable y condiciones sociales que permitan el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR). Sin embargo, en Colombia, persisten profundas desigualdades que afectan particularmente a mujeres, adolescentes, comunidades rurales, étnicas y poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Aunque el país ha logrado avances significativos, incluyendo la reducción sostenida de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) y la ampliación del acceso a métodos anticonceptivos modernos, las brechas territoriales y sociales siguen siendo marcadas. Las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 y 2015 evidencian que, mientras las zonas urbanas muestran niveles de fecundidad por debajo del reemplazo, los territorios rurales, étnicos y periféricos mantienen tasas significativamente más elevadas, incluyendo una persistente fecundidad adolescente.

En respuesta, el estado colombiano ha diseñado políticas públicas como la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, que buscan fortalecer la equidad sanitaria desde un

enfoque de derechos, género, ciclo vital y pertinencia territorial. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con barreras de acceso, brechas en calidad de los servicios, desarticulación intersectorial y vacíos en la implementación territorial.

## **CAPITULO 1. PERSPECTIVA Y MARCO METODOLOGICO**

### **1.1 Perspectiva del estudio**

La perspectiva teórica que orienta este trabajo integra los enfoques de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, desigualdad territorial, fecundidad y transición demográfica. Esta base conceptual permite comprender cómo las condiciones sociales, económicas, culturales y territoriales influyen en los comportamientos reproductivos y en el acceso a servicios de SSR.

#### **1.1.1 La salud sexual y reproductiva como derecho y pilar del desarrollo**

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se reconoce globalmente como un derecho humano fundamental, crucial para el desarrollo social, económico y personal de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la SSR implica un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad, y no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad o disfunción.

Garantizar el acceso equitativo a servicios de SSR contribuye directamente a mejorar la calidad de vida, reducir las tasas de mortalidad materna e infantil, y fortalecer la autonomía de las mujeres y adolescentes, al permitirles tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su vida (OPS/OMS, 2023).

El reconocimiento de la SSR como derecho surge del marco más amplio de los derechos humanos, en el cual se incluyen libertades esenciales como la autonomía corporal, la igualdad, la no discriminación y la protección frente a la violencia (Amnistía Internacional,

2024). Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) garantizan que todas las personas puedan decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad y reproducción, con acceso a métodos anticonceptivos modernos, educación sexual integral y servicios de salud pertinentes culturalmente (UNFPA, 2021).

La realización efectiva de estos derechos es responsabilidad del Estado, que debe asegurar servicios accesibles, asequibles, de calidad y sin discriminación, priorizando la atención a grupos vulnerables y marginados (ONU Derechos Humanos, 2017). Además, la SSR es un pilar del desarrollo sostenible, ya que influye directamente en la reducción de la pobreza y la desigualdad de género. Cuando las personas pueden decidir sobre su salud reproductiva, se promueven la educación, la participación económica y el bienestar familiar, rompiendo ciclos de inequidad social (UNFPA, 2021; OMS, 2023).

En síntesis, la SSR como derecho humano y motor del desarrollo requiere políticas públicas integrales que promuevan la autonomía, la igualdad y el acceso universal a servicios con enfoque diferencial y territorial, garantizando el bienestar individual y colectivo.

### **1.1.2 Desigualdades en salud y determinantes sociales**

Las desigualdades en SSR y en la fecundidad en Colombia no son hechos aislados, sino el reflejo de los determinantes sociales de la salud (DSS). El nivel educativo, la ocupación, la pobreza multidimensional, el territorio y la disponibilidad de servicios de salud influyen directamente en las decisiones reproductivas y en la capacidad de las mujeres para ejercer plenamente sus derechos (Galvis-Aponte, 2023).

El estudio de Medina (2003) es clave para comprender estas diferencias. Según este autor, el descenso de la fecundidad en América Latina está asociado a un proceso de difusión desigual de ideas reproductivas modernas, como la planificación familiar que no llega de la misma manera a todos los grupos sociales.

Medina identifica tres factores centrales para explicar los diferenciales de fecundidad:

- Acceso y disponibilidad real de métodos anticonceptivos.
- Difusión cultural de nuevas ideas sobre el control reproductivo.
- Capacidad de cada grupo social para adoptar innovaciones reproductivas.

En territorios con menor escolaridad, menor presencia institucional y mayores barreras geográficas y culturales, estos factores se combinan para desacelerar la transición demográfica, lo que explica por qué regiones como la Amazonía, el Pacífico y La Guajira mantienen niveles elevados de fecundidad, especialmente adolescente.

### **1.1.3 Determinantes sociales como causas estructurales de las inequidades en SSR**

Los DSS determinan las oportunidades reproductivas de las personas. En territorios con menor infraestructura básica (vías, acueducto, equipamientos de salud), escasez de personal médico o ausencia de servicios especializados, el acceso a la SSR se convierte en un privilegio más que en un derecho. Estas condiciones se reflejan en barreras para el acceso a métodos anticonceptivos modernos, a la atención prenatal oportuna y a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en condiciones seguras y legales (MSPS, 2014; Profamilia, 2015).

La desigualdad en ingresos y poder refuerza la alta fecundidad adolescente y los embarazos en la niñez, especialmente en contextos de baja escolaridad y pobreza multidimensional. Las adolescentes en entornos rurales y marginales enfrentan mayores riesgos de violencia sexual, deserción escolar y maternidad temprana, perpetuando ciclos de pobreza y exclusión social (Galvis-Aponte, 2023).

### **1.1.4 Fecundidad y factores contextuales**

La fecundidad es un fenómeno social y estructural influido por la política pública, las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres y familias en el territorio que habitan.

- Políticas públicas: El acceso efectivo a anticonceptivos, educación sexual integral y servicios prenatales condiciona directamente la planificación reproductiva. Sin embargo, la mera existencia de políticas no garantiza equidad: las brechas entre lo normativo y su implementación territorial persisten (MSPS, 2014; Profamilia, 2015).
- Factores socioeconómicos: La pobreza, la baja escolaridad y las desigualdades de género limitan la autonomía reproductiva. La independencia económica de las mujeres es un factor clave para la reducción de la fecundidad no deseada.
- Dimensiones culturales: Los roles tradicionales de género y las expectativas sobre la maternidad influyen en las decisiones reproductivas, especialmente en contextos donde la maternidad temprana es valorada socialmente.
- Territorio: La brecha urbano-rural sigue siendo un patrón determinante. Las zonas rurales presentan mayores tasas de fecundidad y embarazo adolescente, como reflejo del limitado acceso a servicios, educación y transporte (Santelli et al., 2009).

La fecundidad adolescente condensa estas intersecciones entre desigualdad social, barreras de acceso y restricciones culturales, siendo un indicador crítico de inequidad estructural.

#### **1.1.4 Fecundidad adolescente: fundamentos conceptuales**

La fecundidad adolescente se define como la ocurrencia de nacimientos en mujeres de 10 a 19 años, con particular atención a los dos subgrupos más analizados por la literatura: 10–14 años y 15–19 años. Este indicador funciona como un trazador crítico del bienestar reproductivo y de la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), debido a

que refleja la interacción entre factores biológicos, sociales, culturales, económicos y territoriales (OMS, 2021; UNFPA, 2018)

La fecundidad adolescente no se interpreta como un fenómeno estrictamente biológico, sino como un síntoma de desigualdades estructurales. La literatura advierte que las adolescentes no suelen ejercer una autonomía reproductiva plena, dado que enfrentan condicionamientos derivados de:

- Desigualdades educativas
- Violencia sexual o coerción
- Normas sociales que naturalizan la maternidad temprana
- Ausencia de educación sexual integral
- Barreras en el acceso a métodos anticonceptivos
- Contextos territoriales con débil presencia estatal
- Limitaciones económicas y falta de oportunidades de movilidad social.

En este sentido, la fecundidad adolescente es un fenómeno altamente sensible al territorio. Las zonas rurales, la Amazonía, el Pacífico y regiones con fuerte presencia de comunidades indígenas y afrodescendientes muestran niveles sustancialmente más altos que las áreas urbanas y las regiones con mejores condiciones socioeconómicas (Profamilia, 2015).

### **Determinantes estructurales de la fecundidad adolescente:**

La evidencia internacional y nacional identifica tres grupos de factores que explican la persistencia del embarazo adolescente (Rodríguez & Claros, 2019; UNFPA, 2021):

#### ➤ **Determinantes estructurales**

Son las condiciones más profundas que configuran las oportunidades de vida de las adolescentes:

- Pobreza multidimensional
- Desigualdad de género;
- Ausencia de proyectos educativos y laborales;
- Carga doméstica y de cuidado asignada a niñas
- Baja presencia institucional en territorios periféricos;
- Dinámicas familiares con unión temprana.

En contextos donde la movilidad social es limitada y las oportunidades económicas son escasas, la maternidad temprana no siempre se percibe como un costo social, sino como una forma socialmente aceptada de transición a la adultez femenina (Medina, 2003; Flórez, 2005).

➤ **Determinantes intermedios**

Se relacionan con los recursos y oportunidades que tienen las adolescentes para ejercer su autonomía reproductiva:

- Acceso a servicios de SSR
- Disponibilidad real de anticoncepción moderna
- Oferta de educación sexual integral
- Capacidad institucional de los municipios
- Distancia geográfica a los centros de salud.

➤ **Determinantes próximos**

Son los más cercanos al evento reproductivo e incluyen:

- Inicio temprano de las relaciones sexuales;
- Uso inconsistente de anticonceptivos;
- Uniones tempranas;

- Violencia sexual o coerción;
- Limitaciones en la negociación de prácticas sexuales seguras.
- **La fecundidad adolescente como indicador de inequidades**

La fecundidad adolescente se considera un indicador síntesis de inequidades sociales, de género y territoriales porque concentra:

- vulneración de derechos (autonomía corporal, educación, salud);
- fallas en los sistemas educativos y de protección social;
- insuficiencia de la oferta pública en SSR;
- desigualdades intergeneracionales.

En Colombia, a pesar de la reducción leve observada entre 2010 y 2015, la fecundidad adolescente continúa siendo más alta que el promedio latinoamericano y presenta fuertes brechas regionales, lo que evidencia la necesidad de enfoques territoriales y diferenciales (Profamilia, 2015).

➤ **Marco de derechos y relevancia para las políticas públicas**

Desde el enfoque de Derechos Humanos, la fecundidad adolescente pone en cuestión la garantía plena de los DSR, especialmente porque muchas adolescentes:

- No cuentan con información oportuna;
- Tienen acceso limitado o nulo a métodos anticonceptivos modernos;
- Enfrentan barreras institucionales, socioculturales, económicas o territoriales;
- Viven en contextos donde la maternidad es una expectativa de género.

Por esta razón, organismos como la OMS, la CEPAL y el UNFPA insisten en que la fecundidad adolescente requiere intervenciones intersectoriales que integren educación, salud, protección social, cultura y participación comunitaria.

En Colombia, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2014) y el Plan Decenal 2022–2031 reconocen a la fecundidad adolescente como un fenómeno prioritario, cuya reducción exige programas culturalmente pertinentes, educación sexual integral, acceso gratuito y continuo a anticoncepción moderna, y acciones territoriales que atiendan las brechas urbano-rurales y étnicas.

#### **1.1.5 Políticas de derechos sexuales y reproductivos y su relación con el nivel y cambio de la fecundidad**

Las políticas de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en Colombia han sido un factor decisivo, aunque insuficiente para explicar la disminución de la fecundidad. La Política Nacional de SSR (2003, actualizada en 2014) y el Plan Decenal de Salud Pública (2022–2031) han promovido la planificación familiar, el acceso a métodos modernos y la educación sexual, contribuyendo a la caída de la Tasa Global de Fecundidad (MSPS, 2014; 2022).

Desde la perspectiva de Bongaarts (1982) y la Teoría de la Difusión (Medina, 2003), la expansión de los métodos anticonceptivos y la información reproductiva actúan como determinantes próximos del cambio demográfico, permitiendo que las parejas ajusten su comportamiento a nuevas aspiraciones educativas y sociales.

Sin embargo, el impacto de estas políticas ha sido desigual. En los centros urbanos con mayor nivel educativo y acceso a servicios, la TGF ha disminuido drásticamente. En contraste, las regiones rurales, periféricas y étnicas mantienen niveles elevados, evidenciando fallas en la implementación territorial. Las barreras estructurales como pobreza, falta de infraestructura, brechas culturales limitan el ejercicio real de los DSR. Así, aunque la fecundidad total ha caído, la fecundidad adolescente sigue siendo un problema persistente, vinculado a la falta de oportunidades educativas y laborales (Profamilia, 2015; MSPS, 2022).

## **1.2 Marco metodológico**

El presente estudio adopta un enfoque descriptivo, territorial y diferencial, orientado al análisis de las disparidades en la fecundidad y en el acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en Colombia. Esta metodología permite relacionar las tendencias demográficas con la acción pública, evaluando el grado de coherencia entre los resultados observados en la fecundidad especialmente la adolescente y las políticas nacionales de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR).

La estrategia metodológica combina dos componentes principales:

- Análisis estadístico demográfico a partir de las ENDS 2010 y 2015
- Análisis documental de las políticas públicas de SSR (2014 y PDSP 2022–2031)

Finalmente, se construye una matriz analítica (incluida en los anexos), que integra los hallazgos de ambos análisis para identificar vacíos, prioridades y recomendaciones de política.

### **1.2.1 Diseño del estudio**

El estudio se estructura bajo un diseño mixto, con predominio descriptivo cuantitativo, complementado por un análisis cualitativo de documentos normativos. El enfoque es territorial, diferencial y de derechos, lo que implica examinar:

- Diferencias entre zonas urbanas y rurales
- Disparidades entre departamentos
- Brechas en grupos étnicos
- Condiciones socioeconómicas de las mujeres
- Desigualdades por edad, especialmente en adolescente

### **1.2.2 Componente 1: Análisis estadístico demográfico**

El componente estadístico se basa en el análisis comparativo de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2010 y 2015, que constituyen las principales fuentes oficiales de información sobre fecundidad, SSR y salud materna en el país.

Nota importante: aunque la ENDS 2024 fue levantada por el Ministerio de Salud, sus resultados oficiales no han sido publicados, por lo que no pueden ser incluidos en este estudio. Esta ausencia afecta la actualización de la Política Nacional de SSR, lo cual se discutirá en el análisis documental.

### **Indicadores analizados**

Se analizan los siguientes indicadores trazadores de fecundidad y SSR:

#### **a) Tasa Global de Fecundidad (TGF)**

Indica el número promedio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva.

#### **Fórmula:**

$$TGF = \sum_{i=15}^{49} TEF_i \cdot 5$$

donde:

- $TEF_i$ : Tasa específica de fecundidad del grupo de edad  $i$
- 5 = amplitud quinquenal (15–19, 20–24, etc.)

**Fuente técnica:** ENDS 2015; DANE (Metodologías vitales).

#### **b) Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA)**

Número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 15–19 años.

Este indicador es clave porque revela desigualdades estructurales.

#### **Formula:**

$$TFA = \left( \frac{\text{Nacimientos en mujeres 15 - 19}}{\text{Población de mujeres 15 - 19}} \right) \times 1000$$

**Fuente técnica:** OMS (Indicadores SR); ENDS 2010 y 2015.

**c) Tasa de fecundidad por edad (TEF)**

Nacimientos en un grupo de edad por cada 1.000 mujeres del mismo grupo.

**Formula:**

$$TEF_i = \left( \frac{\text{Nacimientos en mujeres del grupo } i}{\text{Población de mujeres del grupo } i} \right) \times 1000$$

**Fuente técnica:** ENDS; DANE.

**d) Proporción de adolescentes que han estado embarazadas**

Porcentaje de mujeres entre 15–19 años que ya son madres o están embarazadas.

$$P = \left( \frac{\text{Adolescentes 15 – 19 que han estado embarazadas}}{\text{Total adolescentes 15 – 19}} \right) \times 100$$

**Fuente técnica:** ENDS (capítulo de fecundidad adolescente).

**e) Proporción de madres adolescentes**

Porcentaje de adolescentes de 15–19 años que ya han tenido al menos un hijo nacido vivo.

Fórmula:

$$PMA = \left( \frac{\text{Adolescentes 15 – 19 con al menos un hijo nacido vivo}}{\text{Total adolescentes 15 – 19}} \right) \times 100$$

**Fuente técnica:** ENDS 2015.

**f) Indicadores de acceso a SSR**

Uso de anticonceptivos (alguna vez y actual), demanda satisfecha de planificación familiar  
necesidad insatisfecha de anticoncepción, acceso a información sobre métodos modernos.

**1.2.3 Componente 2: Análisis documental**

Se realizó una revisión sistemática de tres documentos centrales de la política pública de SSR:

- **Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014)**

La PNSDSDR (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014) es el documento rector vigente para la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en Colombia. Su objetivo es asegurar la protección y el ejercicio pleno de los DSR a través de seis ejes estratégicos:

1. educación integral para la sexualidad,
2. acceso efectivo a servicios de SSR,
3. prevención del embarazo adolescente,
4. prevención y atención de violencias basadas en género,
5. fortalecimiento de la salud materna y perinatal,
6. pertinencia cultural y enfoque diferencial.

La política establece obligaciones claras para el Estado y los entes territoriales en relación con la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, la calidad de la consejería en SSR, la pertinencia cultural en territorios étnicos y la eliminación de barreras institucionales para adolescentes, mujeres rurales y comunidades históricamente excluidas (MSPS, 2014).

- **Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031**

El PDSP 2022–2031 (MSPS, 2022) actualiza la agenda de SSR con un enfoque territorial, intercultural y basado en derechos. Reconoce explícitamente que la persistencia de la fecundidad adolescente y de las brechas territoriales constituye un desafío estructural para la equidad.

Entre las metas y líneas estratégicas más relevantes para este estudio se encuentran:

Reducir la fecundidad adolescente, con énfasis en eliminar el embarazo en niñas de 10–14 años.

Fortalecer la oferta pública de anticoncepción moderna en zonas rurales dispersas y territorios étnicos.

Implementar servicios de salud amigables para adolescentes, articulados con educación y protección social.

Garantizar la pertinencia lingüística y cultural en comunidades indígenas, afrodescendientes, raizales y rom.

Consolidar un modelo de enfoque territorial que reconozca desigualdades urbano-rurales históricas.

Este documento reafirma que la disminución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) no ha sido suficiente para cerrar las brechas sociales y territoriales, y que el embarazo adolescente sigue siendo una prioridad nacional.

- **Antecedentes de política reproductiva desde 1967–2022**

El análisis documental incluyó también un rastreo histórico de los instrumentos que han dado forma a la política reproductiva en Colombia. Este recorrido inicia con la adopción de la planificación familiar como política pública en 1967, impulsada inicialmente por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y formalizada por el Ministerio de Salud. Posteriormente, la Constitución de 1991 y la Ley 115 de 1994 introdujeron un marco normativo moderno que reconoció la educación para la sexualidad como un derecho. La Política Nacional de SSR (2003) y su actualización en 2014 consolidaron el tránsito hacia un enfoque basado en derechos, género y diversidad cultural (Flórez, 2005; Medina, 2003). Este análisis de antecedentes permitió contextualizar los avances logrados y los desafíos persistentes en garantizar el acceso equitativo a SSR, especialmente en territorios rurales, étnicos y periféricos.

- **Procesos analizados en la política pública**

El análisis documental evaluó la articulación entre las metas de la política pública y los resultados demográficos observados en la ENDS. Para ello, se examinaron los siguientes procesos:

- Coherencia entre la PNSDSDR y las tendencias demográficas (2010–2015). Nivel de avance en acceso a anticoncepción moderna y consejería en SSR.
- Brechas territoriales persistentes entre áreas urbanas y rurales, y entre regiones.
- Inclusión del enfoque diferencial, étnico y de género en la implementación territorial.
- Efectividad de las estrategias de prevención del embarazo adolescente.
- Nivel de articulación intersectorial entre salud, educación y protección social.
- Presencia de barreras institucionales especialmente para adolescentes, mujeres rurales y comunidades étnicas.

Este análisis permitió identificar tensiones entre lo normativo y lo ejecutado, así como vacíos relevantes para el diseño de la matriz analítica del estudio.

- **Vacíos derivados de la ausencia de la ENDS 2024**

Un hallazgo crítico es que la no publicación de la ENDS 2024 genera un vacío estructural en el seguimiento de la política pública de SSR. Dado que este instrumento es la principal fuente de información sobre fecundidad, fecundidad adolescente, uso de anticonceptivos y desigualdades territoriales, su ausencia implica que:

No es posible actualizar las tendencias demográficas recientes, los entes territoriales no cuentan con evidencia para ajustar planes de salud, el PDSP 2022–2031 no puede evaluar adecuadamente su progresividad.

Por tanto, la falta de datos actualizados constituye una barrera estructural para el análisis, seguimiento y reformulación de la acción pública en SSR, afectando directamente la garantía de los DSR.

### **Componente 3: Construcción de matriz analítica**

Se diseñó una **matriz analítica** que cruza:

**A. Resultados demográficos (ENDS 2010–2015)**

TGF, TFA, uso de métodos, necesidades insatisfechas, brechas territoriales, etc.

**B. Acciones y metas de la Política SSR 2014**

Educación sexual, acceso a anticoncepción, prevención de embarazo adolescente, pertinencia étnica, intersectorialidad

**C. Lineamientos del Plan Decenal 2022–2031**

Enfoque diferencial, atención a grupos rurales y étnicos, fortalecimiento de servicios, salud sexual para adolescentes

**D. Identificación de vacíos**

La matriz permite evaluar:

Qué metas se cumplieron, qué acciones no se ejecutaron, qué territorios permanecen en desventaja, qué políticas deben reforzarse.

Esta matriz se incluye como capítulo 4 del documento.

**CAPITULO 2. NIVEL Y CAMBIO DE LA FECUNDIDAD EN LOS TERRITORIOS DE COLOMBIA**

Tasa Global de Fecundidad (TGF) representa el número promedio de hijos que una mujer tendría al final de su vida reproductiva si mantuviera las tasas de fecundidad por edad observadas en un período determinado. Este indicador es una medida central para comprender las dinámicas demográficas y las transformaciones sociales de un país.

En el caso de Colombia, la TGF ha mostrado una reducción sostenida y profunda en las últimas tres décadas el descenso viene desde mediados de los años 60 y fue muy profundo hasta el 1990, lo cual evidencia una transformación estructural en los comportamientos reproductivos de las mujeres, influenciada por el acceso a la educación, los métodos

anticonceptivos y las políticas de salud sexual y reproductiva (Profamilia, 2015; UNFPA, 2018).

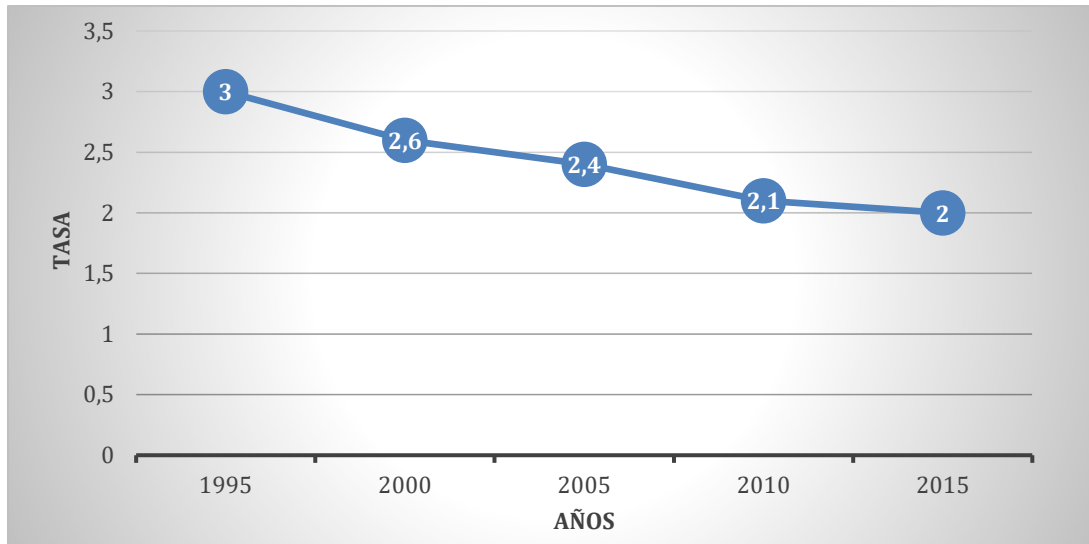
Este capítulo describe las tendencias generales de la fecundidad en Colombia, con énfasis en los cambios observados entre **2010 y 2015**, a partir de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), complementando la lectura con tendencias históricas previas (1993–2005–2018) para contextualizar los ritmos y desigualdades de la transición demográfica.

### **2.1 Tendencias generales de la fecundidad**

Durante las últimas tres décadas, Colombia ha experimentado una transición demográfica significativa, marcada por un descenso constante en la TGF. De acuerdo con los censos de población del DANE, la TGF nacional pasó de 3,36 hijos por mujer en 1993, a 2,33 en 2005, y finalmente a 1,95 en 2018 (DANE, 2018).

Esta evolución representa una reducción del 42 % en poco más de veinte años, confirmando que el país ha entrado en una fase de fecundidad baja, por debajo del nivel de reemplazo generacional (Cabella & Nathan, 2018). El descenso más pronunciado ocurrió entre 1993 y 2005 (una disminución del 31 %), mientras que entre 2005 y 2018 el ritmo de reducción fue más moderado (16 %), lo que sugiere que Colombia ha alcanzado una etapa de estabilización demográfica.

#### **ILUSTRACIÓN 1 TENDENCIA DE LA FECUNDIDAD TOTAL EN COLOMBIA 1995-2015** (promedio de hijos por mujeres al final de la vida reproductiva)



*Fuente: Tomado de la ENDS (ENDS 1995,2000, 2005, 2015).*

Según la gráfica también se observa que, según los resultados de la última ENDS 2015, Colombia se encuentra en el nivel de reemplazo; es decir, una tasa global de 2 hijos por mujer, donde la tendencia es a la baja lo cual indica que solo alcanza para reemplazar una generación por otra de igual tamaño y cuyo resultado a largo plazo es un crecimiento demográfico nulo. Lo anterior trae retos para la sociedad, ya que se expone a una desaceleración de la tasa de crecimiento de la población y, en el largo plazo, a una eventual reducción del número absoluto de habitantes.

Estos cambios reflejan el impacto acumulado de políticas públicas, avances en la educación femenina, procesos de urbanización y una expansión sostenida en la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos. En conjunto, estas transformaciones estructurales han permitido una mayor autonomía reproductiva y una reducción de los nacimientos no planificados (Profamilia, 2015; UNFPA, 2018).

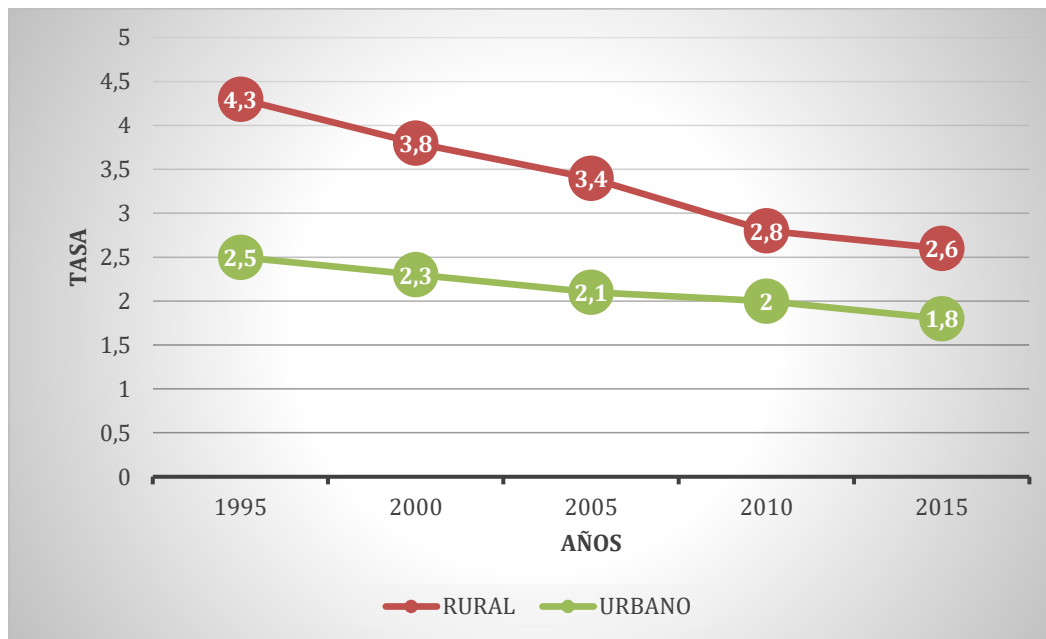
### **2.1 Brecha rural y urbana en el nivel de fecundidad**

Aunque la tendencia nacional de la fecundidad ha descendido de manera sostenida, la transición no ha sido uniforme en todo el territorio colombiano. El proceso comenzó en los

centros urbanos y entre las mujeres con mayores niveles educativos y mejor posición socioeconómica (UNFPA, 2018).

En contraste, las zonas rurales mantienen niveles de fecundidad significativamente más altos, reproduciendo un desfase de casi dos décadas respecto a las áreas urbanas. Según la ENDS, en 1995 las mujeres rurales tenían en promedio 4,3 hijos, cifra que descendió a 3,4 en 2005 y a 2,6 en 2015. En las zonas urbanas, los valores fueron notablemente más bajos: 2,5 hijos por mujer en 1995, 2,1 en 2005 y 1,8 en 2015.

**ILUSTRACIÓN 2** TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA (URBANA-RURAL), 1995 – 2015 (Promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva)



*Fuente: Tomado en base de la ENDS (ENDS 1995,2000, 2005, 2015).*

Esta brecha persistente entre áreas urbanas y rurales pone de manifiesto que las oportunidades, la información y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva continúan distribuyéndose de forma desigual en el territorio colombiano. Mientras los centros urbanos concentran mayor disponibilidad de servicios, personal capacitado y métodos anticonceptivos modernos, las zonas rurales enfrentan condiciones mucho más restrictivas. En estos territorios, la limitada infraestructura, la escasez de personal médico,

las dificultades de acceso geográfico y diversas barreras culturales y socioeconómicas reducen significativamente el uso efectivo de métodos anticonceptivos y la asistencia a programas de planificación familiar. Estas condiciones estructurales explican por qué la fecundidad rural se mantiene en niveles más altos y avanza más lentamente en su descenso, reproduciendo desigualdades históricas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Galvis-Aponte, 2023)

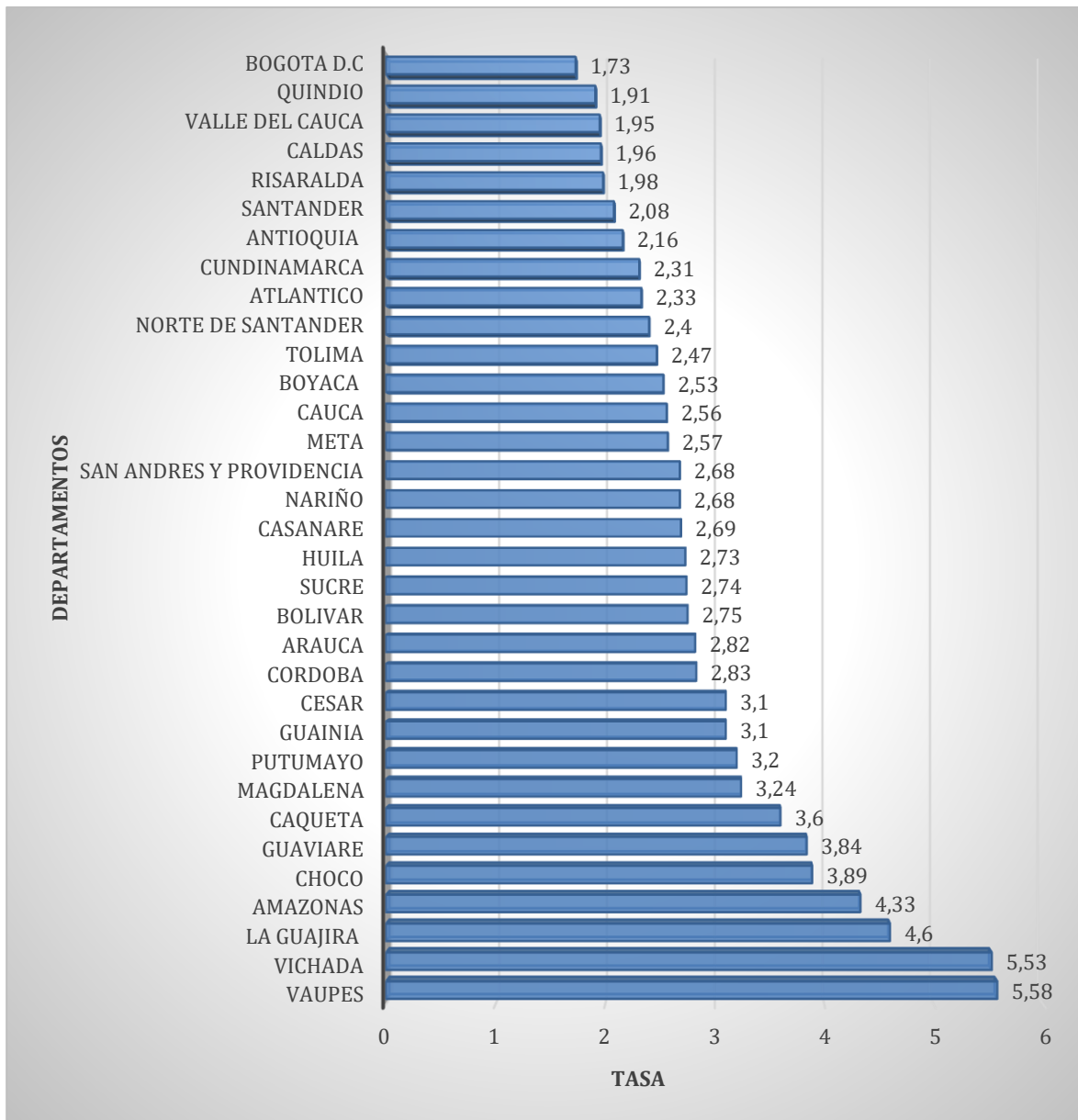
La reducción de la TGF en áreas rurales es evidente, pero la persistencia de un nivel por encima del reemplazo generacional indica que la política pública de salud sexual y reproductiva aún no ha logrado garantizar la equidad territorial en el ejercicio de los derechos reproductivos.

## **2.2 Diferencias departamentales de la tasa global de fecundación**

Al analizar los datos de tasa global de fecundidad a nivel departamental, se evidencia una enorme diferencia en el promedio de hijos por mujer. En un extremo, ciudades como Bogotá

y el departamento del Quindío registran consistentemente las tasas de fecundidad más bajas del país y en el extremo opuesto, la región de la Amazonía (compuesta por departamentos como Vaupés, Guainía, Amazonas, Guaviare, Caquetá y Putumayo) y empobrecidas como La Guajira presentan las tasas de natalidad más elevadas donde marca una brecha entre los centros urbanos y desarrollados y los departamentos periféricos y rurales lo cual es una clara señal de que las políticas públicas en salud sexual y reproductiva no han logrado saldar la desigualdad territorial. La persistencia de altas tasas en la periferia refleja un rezago en el acceso a oportunidades y servicios, un desafío social para la equidad nacional.

**ILUSTRACIÓN 3 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTOS, COLOMBIA 2005 (Promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva)**

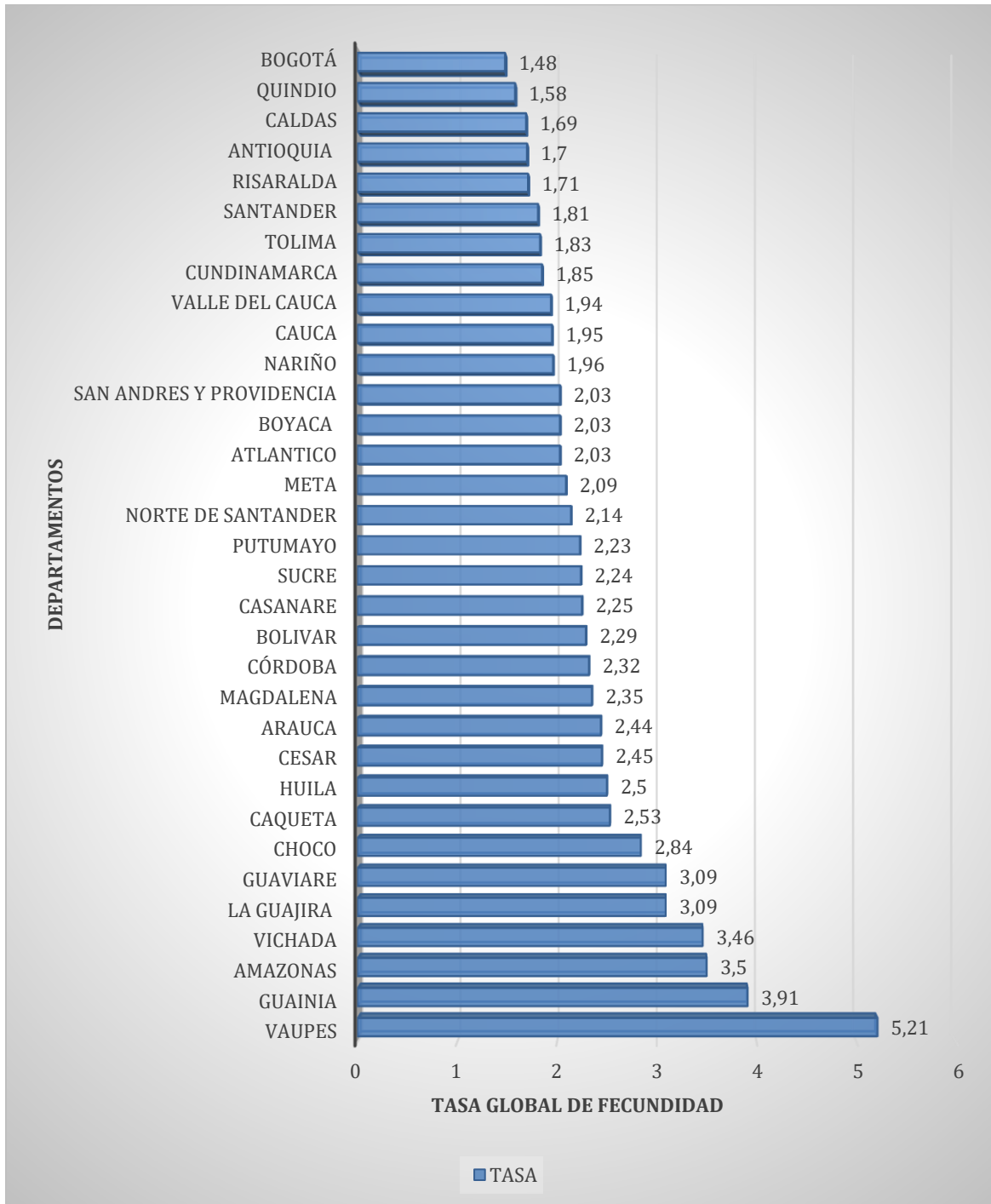


*Fuente: Tomado de la ENDS 2005*

Esta disparidad territorial refleja una geografía de la desigualdad reproductiva, donde las mujeres en zonas con menores oportunidades educativas y laborales enfrentan mayores obstáculos para acceder a información, servicios de salud y métodos anticonceptivos. La persistencia de tasas elevadas en departamentos de la Amazonía y el Caribe se asocia con

la baja cobertura de servicios, la débil presencia institucional y los determinantes sociales de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

**ILUSTRACIÓN 4 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTOS, COLOMBIA 2015. (Promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva)**



Fuente: Tomado de ENDS 2015

Entre los años 2005 y 2015 se evidencia un comportamiento descendente en la Tasa Global de Fecundidad (TGF). Este resultado sugiere que las estrategias implementadas a través de las políticas públicas durante ese periodo han tenido un efecto directo y positivo.

Una de las principales explicaciones de este descenso es el aumento significativo en el uso de métodos anticonceptivos. Según la Encuesta de Demografía y Salud de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social; el 87,3% de las mujeres encuestadas reportó haber utilizado métodos de planificación familiar alguna vez en su vida. Esto representa un incremento de 6,4 puntos porcentuales respecto a la cifra de 2005, que se ubicó en el 80,9%.

**TABLA 1 ANALISIS TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTO 2005-2015**

<b>INDICADOR</b>	<b>AÑO 2010</b>	<b>AÑO 2015</b>	<b>OBSERVACIÓN / VARIACIÓN</b>
TGF más baja	Bogotá, D.C. (1.73)	Bogotá, D.C. (1.48)	Bogotá mantiene la tasa más baja y experimenta una reducción de 0.25 puntos.
TGF más alta	Vaupés (5.58)	Vaupés (5.21)	Vaupés mantiene la tasa más alta, con una reducción de 0.37 puntos.
Rango de TGF	De 1.73 a 5.58	De 1.48 a 5.21	El rango de TGF se redujo de 3.85 a 3.73, indicando que las tasas más altas disminuyeron más que las más bajas.
Mayor Disminución	N/A	La Guajira: Pasa de 4.8 a 3.09	La Guajira mostró la caída más significativa en este periodo.

Absoluta (Estimada)		(Reducción de 1.71 puntos)	
Menor Disminución Absoluta (Estimada)	N/A	Norte de Santander: Pasa de 2.4 a 2.14 (Reducción de 0.26 puntos)	Norte de Santander mostró la menor variación.
Departamentos con TGF < Tasa de Reemplazo (2.1)	Bogotá, Quindío, Valle del Cauca, Caldas, Risaralda, Santander	Bogotá, Quindío, Caldas, Antioquia, Risaralda, Santander, Tolima, Cundinamarca, Valle del Cauca, Cauca, Nariño, San Andrés, Boyacá, Atlántico, Meta, Norte de Santander	El número de departamentos con una TGF por debajo del nivel de reemplazo (2.1) aumentó de 6 a 16, reflejando una tendencia nacional a la baja fecundidad.

Fuente: Elaboración propia con base en ENDS 2010 Y 2015

### 2.3 Acceso y uso de métodos anticonceptivos y su relación con la fecundidad

El acceso y uso de métodos anticonceptivos constituye uno de los determinantes próximos más importantes del nivel y la estructura de la fecundidad (Bongaarts, 1982). Los resultados de la ENDS 2010 y 2015 muestran avances significativos, aunque aún insuficientes y desiguales, en el uso actual de anticoncepción entre mujeres y hombres.

**TABLA 2 USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR SEXO 2010 Y 2015**

INDICADOR	MUJERES 15 A 49 AÑOS*		HOMBRES 13 A 59 AÑOS	
	2010	2015	2010	2015
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos	61,20%	64,90%	SIN DATOS	70,10%
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos modernos	56,90%	61,40%	SIN DATOS	66,30%
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos tradicionales y folclóricos	4,30%	3,50%	SIN DATOS	3,80%

*Fuente: Tomado de ENDS 2010 y 2015*

Como lo muestra la gráfica en 2015, el 64,9 % de las mujeres de 15 a 49 años reportó uso actual de algún método anticonceptivo, lo que representa un incremento de 3,7 puntos porcentuales respecto a 2010. Este aumento sugiere una mayor aceptación social y disponibilidad de los métodos, pero también refleja los esfuerzos institucionales en planificación familiar impulsados por la Política Nacional de SSR y el Plan Decenal de Salud Pública.

Sin embargo, al comparar estos resultados con los hombres, se observa un patrón particular: en 2015 los hombres de 13 a 59 años reportaron un uso actual de anticonceptivos 5,2 puntos porcentuales por encima de las mujeres. Esto indica que, aunque las mujeres continúan cargando con la mayor responsabilidad reproductiva, los hombres empiezan a tener una participación más visible en la regulación de la fecundidad.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos modernos, las mujeres también registraron un incremento importante: en 2015 reportaron un uso 4,5 puntos porcentuales mayor que en 2010. No obstante, los hombres nuevamente presentan una mayor prevalencia, con un uso de métodos modernos 4,9 puntos porcentuales superior al de las mujeres. Esto sugiere que

mientras las mujeres acceden principalmente a métodos clínicos —como inyectables, implantes o dispositivos intrauterinos—, los hombres han aumentado el uso de preservativos, que son métodos de fácil acceso y bajo costo.

En contraste, el uso de métodos tradicionales y folclóricos evidenció un descenso. Entre las mujeres, este tipo de métodos se redujo 0,8 puntos porcentuales, lo cual es positivo, pues indica una transición hacia métodos más efectivos y seguros. Sin embargo, los hombres todavía reportan un uso ligeramente mayor de métodos tradicionales (0,3 p.p. más que las mujeres), lo cual puede reflejar barreras de acceso, percepciones de riesgo o limitaciones en la educación sexual.

**TABLA 3** USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR ÁREA Y SEXO EN EDAD DE 13 A 49 AÑOS 2015

INDICADOR	MUJERES		HOMBRES	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Porcentaje de personas usuarias actuales de métodos anticonceptivos	81,50%	79,10%	83,00%	81,90%
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos modernos	76,70%	73,60%	76,80%	76,40%
Porcentaje de personas usuarias de métodos anticonceptivos tradicionales y folclóricos	4,80%	5,50%	6,20%	5,50%

*Fuente: Tomado en base de ENDS 2015*

Analizando los datos según la gráfica 6 en 2015, la brecha territorial en el uso actual de métodos anticonceptivos favoreció a las zonas urbanas. Entre las mujeres, se observó una diferencia de 2,4 puntos porcentuales, mientras que entre los hombres la brecha fue de 1,1 puntos porcentuales a favor del área urbana. Estas cifras evidencian que la disponibilidad, la cercanía a los servicios de salud, la consejería y la oferta continua de métodos son

mayores en los entornos urbanos, donde hay una mayor presencia institucional y menor tiempo de desplazamiento hacia los servicios de SSR.

La desigualdad es aún más marcada cuando se analizan los métodos anticonceptivos modernos. En 2015, el uso de métodos modernos fue significativamente mayor en las zonas urbanas: la brecha fue de 3,1 puntos porcentuales entre las mujeres y de 0,8 puntos porcentuales entre los hombres. Esto sugiere que las mujeres rurales enfrentan mayores limitaciones para acceder a métodos modernos como implantes, inyectables, DIU o anticonceptivos orales, ya sea por barreras geográficas, disponibilidad irregular, falta de consejería o restricciones socioculturales. Estas brechas territoriales coinciden con las regiones que concentran la mayor fecundidad adolescente y mayor pobreza multidimensional.

En contraste, el uso de métodos anticonceptivos tradicionales y folclóricos mostró un comportamiento inverso. En 2015, su prevalencia fue mayor en las zonas rurales, con una diferencia de 0,7 puntos porcentuales tanto para mujeres como para hombres. Este patrón refleja una menor disponibilidad de métodos modernos y una mayor dependencia de prácticas menos efectivas, que pueden aumentar la probabilidad de embarazos no deseados, especialmente entre adolescentes.

En conjunto, estas brechas territoriales evidencian que el acceso a anticoncepción en Colombia continúa dependiendo del lugar de residencia. Las mujeres rurales enfrentan un riesgo mayor de embarazos no planificados, lo que contribuye a las diferencias persistentes en la fecundidad total y, particularmente, en la fecundidad adolescente entre zonas urbanas y rurales. Estas desigualdades refuerzan la necesidad de fortalecer la oferta de servicios de SSR en regiones periféricas y garantizar la disponibilidad continua de métodos modernos

### **CAPITULO 3. DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD Y LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE**

Los diferenciales de fecundidad en Colombia reflejan profundas desigualdades sociales, económicas, étnicas y territoriales. Aunque la Tasa Global de Fecundidad (TGF) continuó disminuyendo entre 2010 y 2015, esta reducción no se distribuyó de manera homogénea. Persisten brechas pronunciadas entre zonas urbanas y rurales, entre departamentos y entre grupos étnicos, lo que evidencia que el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) sigue condicionado por el territorio, el nivel socioeconómico y la oportunidad educativa.

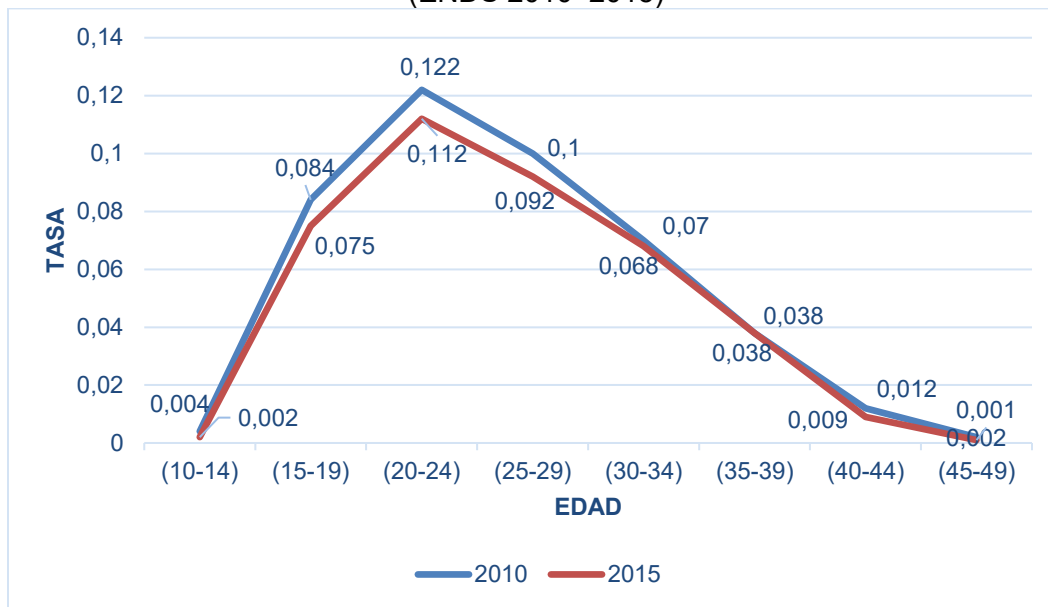
En este capítulo se analizan dichos diferenciales, así como la fecundidad adolescente — indicador síntesis de inequidad— utilizando los resultados comparativos de la ENDS 2010 y 2015. También se hace referencia al contexto estructural que explica la persistencia del embarazo temprano, especialmente en regiones rurales, de la Amazonía, el Pacífico y La Guajira.

#### **3.1 Fecundidad según la edad de la mujer.**

Para entender mejor cómo funciona la Tasa de Fecundidad, es esencial analizar primero según la edad de la mujer, que es el factor diferencial más importante.

Según los datos de las Encuestas de Demografía y Salud de 2010 y 2015, podemos ver que el número de hijos que puede tener una mujer sigue un patrón de campana a lo largo de su vida reproductiva. Al inicio, desde la adolescencia y hasta los 19 años, la fecundidad es relativamente baja. Luego, el promedio de nacimientos se dispara y alcanza su punto más alto entre los 20 y los 24 años. Después de ese pico, la fecundidad empieza a disminuir progresivamente hasta ser mínima cuando las mujeres llegan a la última etapa reproductiva, entre los 45 y los 49 años.

### ILUSTRACIÓN 5 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN EDAD DE LA MUJER (ENDS 2010–2015)



*Fuente: Tomado de ENDS 2010 y ENDS 2015*

En la gráfica anterior se observa con claridad el comportamiento de la fecundidad en Colombia y la forma en que esta ha cambiado en el tiempo. Este patrón no es producto del azar, sino que está directamente influenciado por diversos factores externos que modifican las decisiones reproductivas de las mujeres. Entre los más relevantes se encuentran el aumento del nivel educativo, las diferencias entre áreas urbanas y rurales, y el mayor uso de métodos anticonceptivos modernos.

El incremento en la escolaridad femenina, especialmente en educación secundaria y superior, tiende a retrasar el inicio de la maternidad al ampliar las expectativas de proyecto de vida, la participación laboral y la autonomía económica. De manera similar, las condiciones del territorio también influyen: las zonas urbanas ofrecen mayor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, información y oportunidades, lo que contribuye a una fecundidad más tardía y planificada.

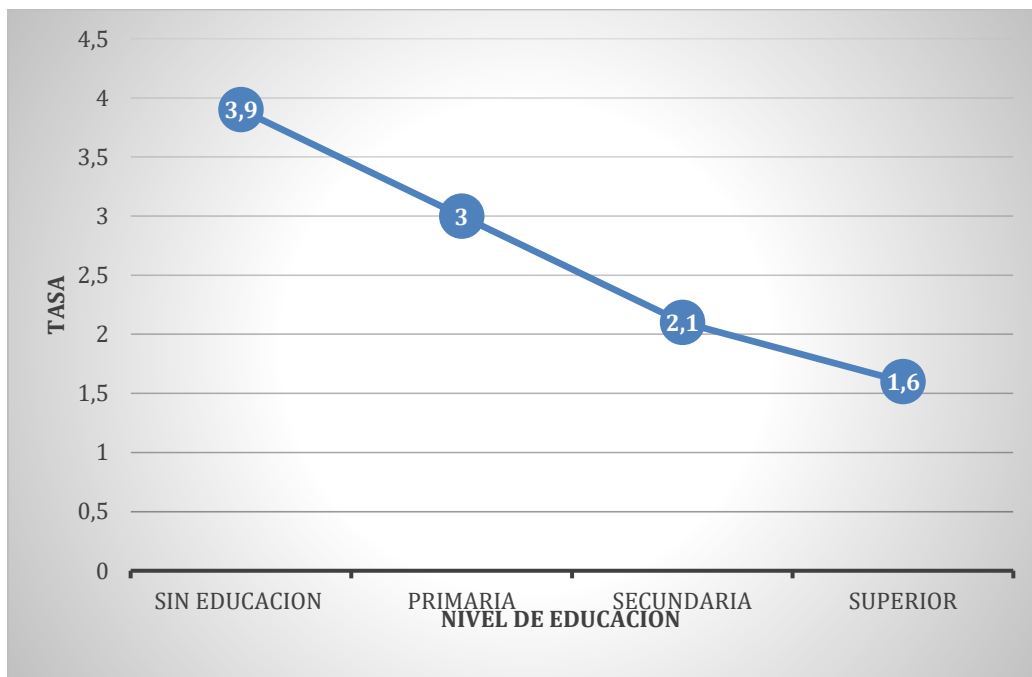
Asimismo, la ampliación en el uso de anticonceptivos modernos actúa como un determinante próximo que permite a las mujeres regular el número y el momento de los

nacimientos. La combinación de estos factores genera un corrimiento de la cúspide de la curva de fecundidad hacia edades más avanzadas, reflejando una transición demográfica más madura y una mayor capacidad de decisión reproductiva.

### 3.2 Fecundidad según el nivel de educación de la mujer

Otro aspecto importante en los diferenciales de la fecundidad son el nivel de educación donde según (Welti, 1997) las mujeres con baja educación suelen conseguir pareja a más temprana edad y, en consecuencia, a tener relaciones sexuales, lo cual aumenta la probabilidad de fecundidad. Por el contrario, las mujeres con mayor educación, al dar prioridad a su crecimiento académico deciden tener hijos a mayor edad, lo cual reduce su exposición a la fecundidad.

**ILUSTRACIÓN 6** TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR NIVEL DE EDUCACIÓN EN COLOMBIA AÑO 2015 (PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER AL FINAL DE LA VIDA REPRODUCTIVA)

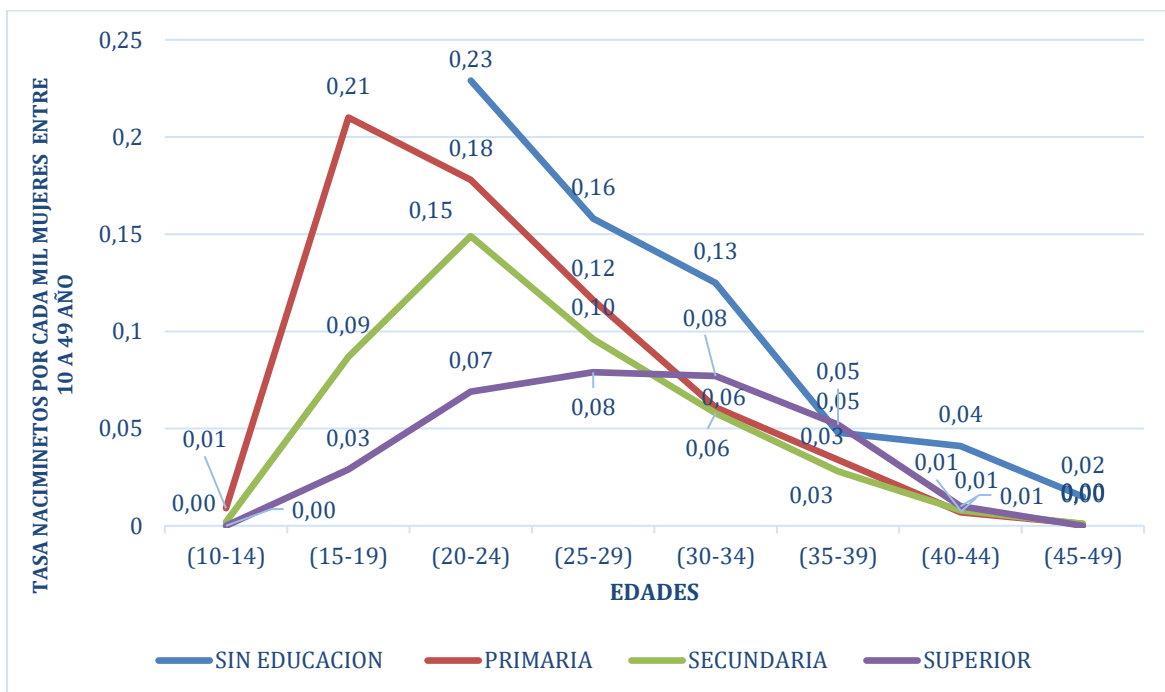


Fuente: Tomado de ENDS 2015

De acuerdo con la ENDS 2015, las mujeres sin educación o con primaria incompleta registraron una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 3,9 hijos por mujer, frente a solo 1,6 entre aquellas con educación superior (Profamilia, 2015).

Esta brecha educativa es uno de los diferenciales más consistentes y refleja la estrecha relación entre acceso al conocimiento, oportunidades laborales, autonomía reproductiva y decisiones sobre la maternidad.

### ILUSTRACIÓN 7 TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN COLOMBIA AÑO 2015 POR NIVEL DE EDUCACIÓN Y EDAD



Fuente: Tomado de ENDS 2015

La gráfica muestra cómo varía la fecundidad de las mujeres según su nivel educativo a lo largo de las diferentes etapas reproductivas. En términos generales, se observa que las mujeres con menor educación presentan las tasas de fecundidad más altas, mientras que las mujeres con educación superior registran las tasas más bajas en todos los grupos de edad.

En los niveles de educación sin educación y primaria, la fecundidad comienza temprano y alcanza sus valores más altos entre los 15 y los 24 años, evidenciando un inicio precoz de la maternidad. Por el contrario, las mujeres con educación secundaria y especialmente aquellas con educación superior, muestran un patrón distinto: su fecundidad es muy baja en la adolescencia y solo aumenta en edades más avanzadas, alcanzando su punto máximo entre los 25 y los 29 años.

Después de los 30 años, en todos los niveles educativos la fecundidad disminuye, pero el descenso es más marcado en mujeres con educación superior, quienes tienden a tener menos hijos y a concentrar su maternidad en un periodo más corto y más tardío.

En síntesis, la gráfica evidencia una relación clara entre educación y fecundidad: a mayor nivel educativo, menor fecundidad y mayor retraso en la edad de la maternidad, mientras que los niveles educativos bajos se asocian con maternidad temprana y tasas más elevadas, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes.

### **3.3 Fecundidad adolescente: un desafío persistente**

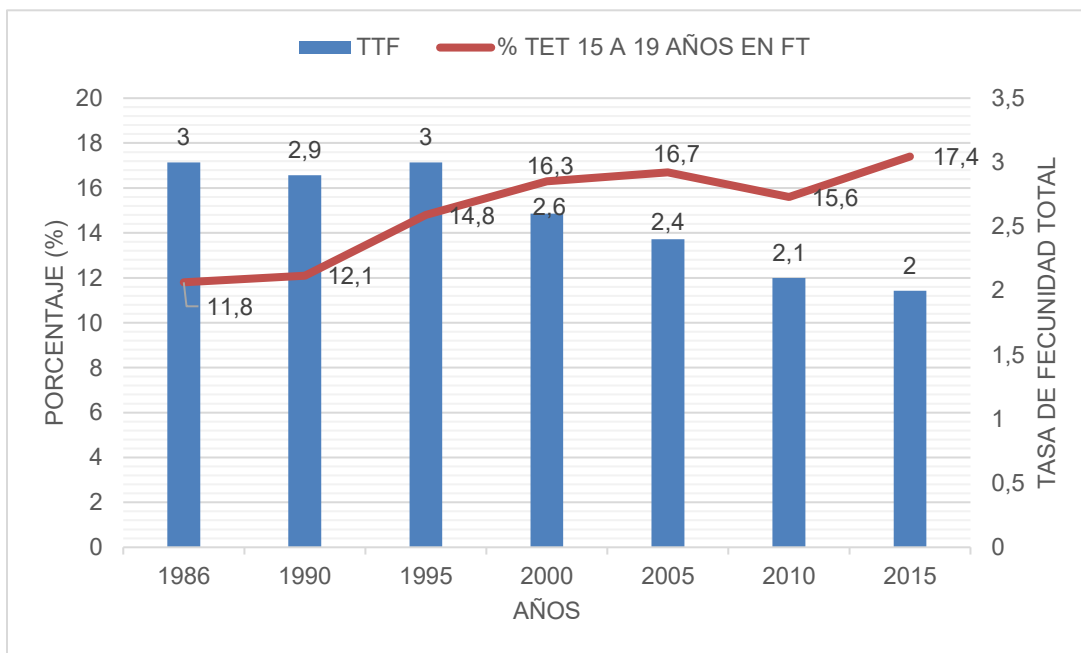
Uno de los temas más críticos dentro de la transición demográfica colombiana es la fecundidad adolescente, entendida como la proporción de mujeres entre 15 y 19 años que han tenido al menos un hijo o están embarazadas por primera vez.

El fenómeno demográfico que atraviesa Colombia, evidenciado en la dinámica de la Tasa de Fecundidad Total (TTF) y la contribución adolescente a esta, es un indicador crucial de la evolución social y las persistentes desigualdades. Analizando el periodo entre 1986-2015 revela una tendencia nacional a la modernización, pero también un preocupante rezago en la justicia reproductiva que afecta a la población más joven.

Por un lado, el país ha experimentado un descenso sostenido y significativo de la fecundidad general. La TTF, que en 1986 se situaba en 3.0 hijos por mujer, se contrajo

drásticamente hasta alcanzar los 2.0 hijos por mujer en 2015. Sin embargo, este éxito macroscópico esconde una disparidad interna porque mientras la fecundidad adulta disminuía, la contribución de las adolescentes (15-19 años) al total de nacimientos experimentaba la trayectoria opuesta. En 1986, apenas el 11.8 % de los nacimientos totales provenían de madres adolescentes; para 2015, esa proporción se había disparado al 17.4 %, marcando el pico más alto del periodo.

**ILUSTRACIÓN 8 FECUNDIDAD TOTAL Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN COLOMBIA (1986 – 2015)**



Fuente: Tomado de ENDS 1986, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 2015

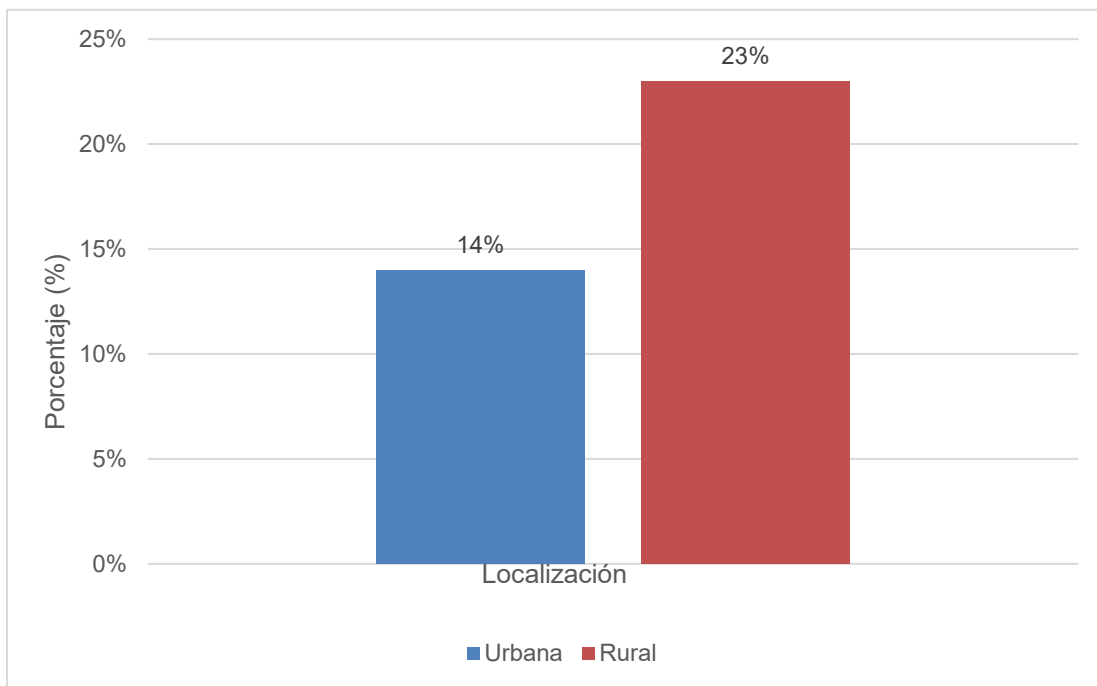
Este desajuste no implica necesariamente que la tasa específica de embarazos adolescentes haya crecido al mismo ritmo. Más bien, se trata de un efecto de reemplazo demográfico: al reducirse drásticamente la fecundidad en los grupos de mayor edad, los nacimientos que ocurren en la adolescencia cobran un peso estadístico desproporcionado en el total. Este aumento relativo subraya un fracaso estructural: las estrategias de salud pública han sido eficaces para la mujer adulta, con autonomía para planificar, pero han sido

insuficientes para las adolescentes que enfrentan barreras sociales, económicas y geográficas para ejercer sus derechos reproductivos.

### 3.4 Desigualdades territoriales y sociales en la fecundidad adolescente

Las desigualdades territoriales en la fecundidad adolescente son significativas. En la zona urbana, el 14 % de las adolescentes ha estado embarazada, mientras que en la zona rural la cifra alcanza el 23 % (ENDS 2015).

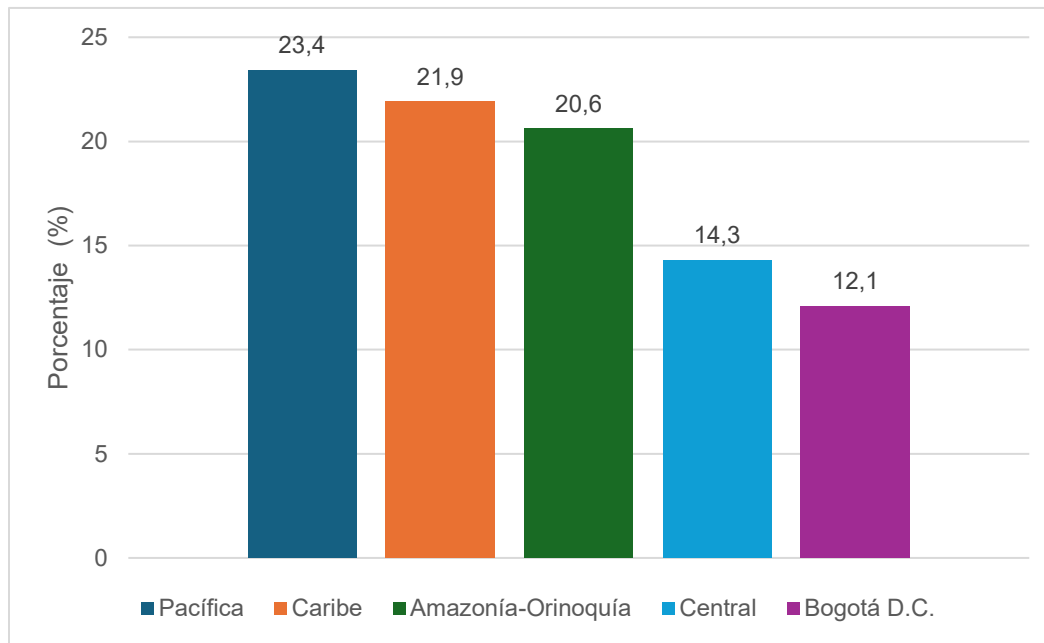
#### **ILUSTRACIÓN 9** PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN COLOMBIA SEGÚN ENDS 2015 POR ZONA DE RESIDENCIA



Fuente: Tomado de ENDS 2015

Asimismo, los mayores niveles de fecundidad adolescente se observan en la región Pacífica (23,4 %), seguida por la Caribe (21,9 %) y la Amazonía-Orinoquía (20,6 %), mientras que los valores más bajos se registran en Bogotá D.C. (12,1 %) y la región Central (14,3 %).

#### **ILUSTRACIÓN 10** NIVEL DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR REGION GEOGRAFICA EN COLOMBIA AÑO 2015



Fuente: Tomado de ENDS 2015

Estos resultados confirman que los determinantes territoriales y culturales desempeñan un papel central. La persistencia de valores tradicionales sobre la maternidad, el limitado acceso a educación sexual integral, la baja cobertura en servicios de planificación familiar y la estigmatización del uso de anticonceptivos entre adolescentes, explican gran parte de las diferencias regionales (MSPS, 2018; UNFPA, 2019).

### **3.5 Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y su relación con la fecundidad adolescente**

El acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva constituye uno de los pilares fundamentales para comprender los diferenciales de fecundidad y, especialmente, la persistencia del embarazo adolescente en Colombia. Aunque entre 2010 y 2015 se ampliaron los servicios disponibles dentro del sistema de salud, los resultados de la ENDS muestran que la cobertura, la calidad y la pertinencia cultural de la atención continúan siendo variables según el territorio, el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas de las adolescentes (Profamilia & MSPS, 2010; 2015).

### **3.5.1 Barreras en la atención en salud**

La ENDS 2015 identifica múltiples barreras para que las adolescentes accedan a servicios de SSR:

- Vergüenza y temor para solicitar métodos anticonceptivos (35 %).
- Trato inadecuado del personal de salud, especialmente hacia adolescentes no acompañadas (28 %).
- Falta de privacidad y horarios rígidos en los servicios de planificación (Profamilia & MSPS, 2015).
- Barreras económicas derivadas del transporte y la distancia, particularmente en zonas rurales dispersas (MSPS, 2018).

Estas barreras dificultan la continuidad en el uso de anticonceptivos y aumentan la probabilidad de embarazos no deseados.

### **3.5.2 Educación sexual integral insuficiente**

Aunque la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014) establece la garantía de educación sexual integral (ESI), los datos muestran limitaciones en su implementación:

Solo el 59 % de las adolescentes reporta haber recibido educación sobre métodos anticonceptivos en la escuela, en zonas rurales esta cifra cae al 42 % (Profamilia & MSPS, 2015) y las adolescentes de 10 a 14 años tienen acceso aún más limitado a información científica y libre de estigmas (UNFPA, 2021). Por lo tanto, estas restricciones reducen la autonomía reproductiva y la capacidad para tomar decisiones informadas.

## **CAPITULO 4. RETOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA FRENTE A LOS DIFERENCIALES TERRITORIALES DE LA FECUNDIDAD**

### **4.1 Evolución histórica y avances normativos en la política pública de salud sexual y reproductiva en Colombia**

La evolución de la Política Pública Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) constituye un reflejo del progresivo reconocimiento por parte del Estado colombiano de la salud sexual y reproductiva (SSR) como un componente esencial del bienestar y desarrollo humano sostenible. Este proceso histórico evidencia el tránsito de un enfoque demográfico y asistencial hacia una visión integral sustentada en los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), la equidad de género y la diversidad cultural.

Los primeros antecedentes normativos se remontan a 1967, cuando la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) promovió la adopción de lineamientos sobre regulación de la natalidad bajo el concepto de paternidad responsable. En ese momento, la prioridad institucional se centraba en el control de la fecundidad, sin reconocer aún la autonomía ni la salud sexuales como derecho humano.

Con la Constitución Política de 1991, Colombia dio un salto cualitativo al reconocer la salud como un derecho fundamental y la igualdad y dignidad humana como principios constitucionales. Posteriormente, la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994) incorporó la educación sexual como un componente del currículo nacional, abriendo paso a una perspectiva más formativa, aunque todavía limitada por concepciones morales y tuteladas sobre la sexualidad.

En 2003, el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003–2007), un hito que institucionalizó la SSR como política pública. Esta política amplió el enfoque de planificación familiar hacia una agenda más integral, que

incluyó seis ejes estratégicos: maternidad segura, prevención de ITS y VIH/SIDA, salud sexual adolescente, planificación familiar, mortalidad materna e infantil, y educación para la salud sexual.

El Decreto 2968 de 2010 consolidó la institucionalidad al crear la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, destacando la necesidad de una articulación entre los sectores de salud, educación y protección social.

Con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012–2021, el Estado colombiano incorporó un enfoque de ciclo vital y equidad, proponiendo la formulación de una política pública nacional en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Este compromiso se concretó en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR 2014–2021), adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta política introdujo innovaciones de fondo:

- Un enfoque basado en derechos humanos, género y diversidad.
- La territorialización de las acciones en SSR.
- La educación sexual integral (ESI) como herramienta pedagógica de prevención y autonomía.
- La integración de los DSR en los planes territoriales y en la gestión intersectorial.

Finalmente, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 consolidó la SSR como un eje estratégico transversal, estableciendo metas de reducción de la fecundidad adolescente, eliminación de barreras de acceso, y promoción de servicios de salud sexual con enfoque diferencial y territorial.

El reto actual radica en garantizar la articulación efectiva entre la PNSDSDR, el nuevo PDSP y el Plan Nacional de Desarrollo (PND 2022–2026), asegurando financiamiento, monitoreo y sostenibilidad territorial de las estrategias.

#### **4.2 Nivel y cambio de la fecundidad y políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva**

Los resultados permiten concluir que, a pesar del descenso general de la fecundidad en el país, la fecundidad adolescente sigue siendo un fenómeno estructural y altamente concentrado en contextos de desigualdad.

Esto evidencia que las políticas públicas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), especialmente la Política Nacional de SSR de 2014, aunque avanzadas en su marco conceptual, han tenido implementaciones desiguales en los territorios.

Las metas de reducción del embarazo adolescente propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública (2022–2031) apuntan a disminuir este indicador al 10 % nacional, fortaleciendo la educación sexual integral, la articulación intersectorial y la atención diferenciada para adolescentes rurales, indígenas y afrodescendientes.

Sin embargo, la persistencia de brechas evidencia que los enfoques territoriales aún no se han traducido plenamente en acciones efectivas. Se requiere reforzar la corresponsabilidad entre sectores, fortalecer el rol de las entidades territoriales y garantizar el acceso universal a los Derechos Sexuales Reproductivos como derecho fundamental, no como servicio condicionado.

#### **4.3 Desafíos, retos actuales y perspectiva hacia el 2031**

El panorama de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en Colombia, analizado a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010–2015 y contrastado con los lineamientos de la política pública (Política SSR 2014 y Plan Decenal

2022–2031), revela una transición demográfica evidente pero también la persistencia de profundas inequidades territoriales y poblacionales.

**TABLA 4** MATRIZ ANALÍTICA – RESULTADOS ENDS 2010–2015 ACCIONES Y METAS – POLÍTICA SSR 2014 LINEAMIENTOS – PLAN DECENAL 2022–2031 VACÍOS Y DESAFÍOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

<b>RESULTADOS ENDS 2010–2015</b>	<b>ACCIONES Y METAS – POLÍTICA SSR 2014</b>	<b>LINEAMIENTOS – PLAN DECENAL 2022–2031</b>	<b>VACÍOS Y DESAFÍOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA</b>
<b>Tasa Global de Fecundidad (TGF)</b>			
TGF disminuye, pero persisten brechas urbano–rurales y regionales.	Acceso universal a anticonceptivos y consejería. Asegurar la calidad y continuidad de la atención preconcepcional.	Reducción de desigualdades territoriales; enfoque intercultural. Promover la autonomía reproductiva en todos los ciclos de vida.	Reducción desigual; regiones periféricas sin mejoras. Necesidad de monitoreo con desagregación étnica y socioeconómica.
<b>Fecundidad adolescente (TFA)</b>			
TFA disminuye levemente (20.5% → 17.4%), estancamiento.	Prevención del embarazo adolescente y ESI. Fortalecer la capacidad de los prestadores de servicios para atender integralmente a adolescentes.	Erradicación del embarazo infantil; reducción de embarazo adolescente. Implementación de la Ruta Integral de Atención en salud para adolescentes.	Persisten altos niveles rurales y étnicos. Articulación débil. Necesidad de una estrategia multisectorial vinculante (salud, educación, protección).
<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>			
Uso de anticonceptivos aumenta (+3.7 p.p).	Disponibilidad continua de métodos y consejería. Garantizar el suministro oportuno de la canasta de métodos anticonceptivos en toda la red.	Fortalecer cadenas de suministro; gratuidad. Promover el uso de métodos de larga duración (LARC) en poblaciones prioritarias.	Desabastecimientos, barreras administrativas. Insuficiente capacitación del personal sobre métodos modernos y consejería diferencial.
<b>Métodos anticonceptivos modernos vs tradicionales</b>			

Urbano: mayor uso de métodos modernos; rural: mayor uso tradicionales.	Enfoque diferencial para acceso equitativo. Promover la transición de métodos tradicionales a métodos modernos en zonas rurales.	Pertinencia cultural; adaptación lingüística. Garantizar consejería adaptada a las creencias y prácticas culturales.	Falta pertinencia cultural; desconfianza institucional. Persistencia de mitos y prejuicios en la comunidad y el personal de salud.
<b>Necesidad insatisfecha de anticoncepción</b>			
Necesidades insatisfechas mayores en adolescentes y grupos rurales/étnicos.	Reducir necesidades insatisfechas. Priorizar acciones en grupos vulnerables (adolescentes, zonas rurales y etnias).	Expandir acceso a adolescentes, rurales, étnicos. Diseñar modelos de atención con enfoque de género y derechos humanos.	Barreras geográficas y estigma social. Baja demanda de servicios por temor al juicio social o rechazo familiar.
<b>Brechas territoriales urbano–rurales</b>			
Brechas territoriales marcadas urbano–rural.	Estrategias territoriales diferenciales. Fortalecer la red de prestadores de baja complejidad en el ámbito rural.	Priorización rural disperso y territorios étnicos. Asignación de recursos específica para cerrar brechas en territorios más rezagados.	Baja presencia estatal; mínima oferta ESI. Dispersión geográfica dificulta la cobertura de servicios de salud y educación.
<b>Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva</b>			
Acceso desigual a servicios de SSR, peor en rural y etnias.	Garantizar acceso universal a todos los servicios SSR. Mejorar la oportunidad y la calidad técnica de la atención.	Fortalecer calidad, pertinencia y oportunidad del servicio. Implementación de modelos de atención amigables y confidenciales para adolescentes.	Barreras administrativas, geográficas y socioculturales. Falta de servicios amigables y confidenciales, especialmente en zonas periféricas.

**Tabla 4.** Fuente: *Elaboración propia con base en ENDS 2010, 2015, POLÍTICA SSR 2014 Y PDSP 2022–2031*

Como se puede analizar en la anterior tabla el principal obstáculo que enfrenta Colombia en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ya no es la carencia de políticas claras, sino la incapacidad de llevar la equidad y la universalidad a todos los rincones del territorio. Las intenciones de los planes nacionales, aunque bien orientadas hacia la reducción de desigualdades, se diluyen en la práctica debido a una implementación fragmentada que profundiza las brechas geográficas y étnicas.

La disminución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) se ha convertido en una historia de dos Colombias: exitosa en los centros urbanos, pero estancada o marginal en los departamentos periféricos y las áreas rurales dispersas. Esta disparidad se vuelve dramática al observar la Fecundidad Adolescente (TFA). El estancamiento, especialmente en las comunidades étnicas, no es una casualidad demográfica; es el síntoma de una articulación intersectorial fallida entre salud y educación. La Educación Sexual Integral (ESI), un pilar de la política no está llegando de manera efectiva, lo que perpetúa la vulnerabilidad y la incapacidad de abordar las causas sociales y culturales subyacentes del embarazo temprano.

Este problema de acceso se refleja en la planificación familiar. A pesar de que la población en general usa más anticonceptivos, en el campo persiste la dependencia de métodos tradicionales, que son menos seguros. Esto ocurre porque las promesas de gratuidad y disponibilidad continua colapsan ante las fallas logísticas que provocan desabastecimiento y barreras administrativas agotadoras.

En la raíz de esta inequidad se encuentran los vacíos estructurales del Estado. La baja o nula presencia estatal en las zonas más remotas obliga a las personas a enfrentarse a una cadena de obstáculos insalvables: barreras geográficas (largas, costosas y peligrosas distancias), barreras administrativas (burocracia innecesaria) y barreras socioculturales (el estigma y la falta de pertinencia cultural de los servicios ofrecidos). Cuando la oferta no tiene en cuenta la lengua o las costumbres locales, se genera una profunda desconfianza institucional que empuja a las comunidades a depender de prácticas tradicionales, socavando los esfuerzos de salud pública.

En el futuro, el éxito de la SSR en Colombia no dependerá de la belleza del Plan Decenal 2022–2031, sino de su ejecución. Se necesitan dos acciones cruciales e inmediatas: una inversión real y descentralizada para dismantelar las barreras logísticas y asegurar que los

métodos modernos y la consejería experta lleguen a cada vereda; y una articulación intersectorial robusta y operativa que garantice que la Educación Sexual Integral no sea solo un ideal, sino una realidad sistemática y adaptada en todas las escuelas y comunidades, consolidando, por fin, la transición demográfica completa y equitativa para toda la nación.

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES**

La presente monografía concluye que, si bien el proceso de transición demográfica en Colombia avanza, lo hace de forma profundamente desigual y fragmentada. Nuestro análisis de la fecundidad y el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) confirma que el obstáculo principal no reside en la calidad de la norma, sino en su implementación desigual y en la incapacidad estructural del Estado para materializar la equidad territorial.

La disparidad se manifiesta como una brecha que se aproxima a las dos décadas. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) rural (2.6 hijos en 2015) es marcadamente superior a la urbana (1.8 hijos), reflejando una distribución desigual de oportunidades y servicios. Esta desigualdad es estructural: la fecundidad elevada se atrincheró en regiones periféricas y empobrecidas, desacelerando la transición demográfica. El patrón es inequívoco: las mujeres sin escolaridad registraron en 2015 una TGF de 3.9 hijos, en contraste con el valor de 1.6 entre aquellas con educación superior, demostrando que la educación es el principal modulador de la autonomía reproductiva.

Dentro de este panorama, la Fecundidad Adolescente (TFA) es el indicador más crítico, actuando como un trazador de las desigualdades estructurales. Pese al descenso general de la TGF, la reducción de la TFA ha sido leve y muestra un preocupante estancamiento, con su contribución relativa disparándose al 17.4 % en 2015. Esta tasa se concentra en el

ámbito rural (23 %) y en regiones como el Pacífico, el Caribe y la Amazonía-Orinoquía. La persistencia de la TFA se debe a múltiples barreras en la calidad de la atención, más que a la falta de métodos: las adolescentes enfrentan el miedo y la vergüenza para solicitarlos (35 %) y el trato inadecuado del personal de salud (28 %). A esto se suma la insuficiente implementación de la Educación Sexual Integral (ESI), cuya cobertura en zonas rurales cae al 42 %, limitando la capacidad de las jóvenes para tomar decisiones informadas.

El obstáculo principal, por lo tanto, radica en la implementación fragmentada de la política. Si bien el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado, en las zonas rurales persiste una riesgosa dependencia de métodos tradicionales, reflejo directo de las fallas logísticas en el suministro continuo y la falta de pertinencia cultural en la consejería. Un agravante estructural es la no publicación de los resultados oficiales actualizados de la ENDS (2024). Este vacío de evidencia paraliza la capacidad de los entes territoriales para ajustar sus planes de salud y evaluar la progresividad del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2022–2031).

En conclusión, el éxito de la política pública de SSR de cara al 2031 no dependerá de la calidad de sus lineamientos, sino de su capacidad para materializar la equidad en las regiones más rezagadas. Para consolidar una transición demográfica equitativa, la monografía exige dos líneas estratégicas ineludibles. Primero, se requiere una inversión real y descentralizada para desmantelar las barreras logísticas, asegurando la disponibilidad continua y gratuita de métodos modernos, especialmente de larga duración (LARC), en la red de prestadores de baja complejidad del ámbito rural. Segundo, es fundamental garantizar una articulación intersectorial robusta (Salud, Educación y Protección Social) que asegure la implementación sistemática y culturalmente adaptada de la ESI, y el fortalecimiento de modelos de atención amigables y confidenciales para adolescentes. La fecundidad adolescente y las brechas territoriales no son problemas de

conocimiento, sino barreras de justicia social y administrativa, cuyo desmantelamiento es crucial para transformar la teoría en una realidad sistemática que ponga fin a la desigualdad reproductiva.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

**Congreso de la República de Colombia.** (1994). **Ley 115 de 1994.** Ley General de Educación. *Diario Oficial No. 41.214.*

**Constitución Política de Colombia.** (1991). *Constitución Política de la República de Colombia.* Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente.

[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)

**Corte Constitucional de Colombia.** (2006). **Sentencia C-355 de 2006.** Despenalización parcial del aborto en tres causales.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>

**Corte Constitucional de Colombia.** (2022). **Sentencia C-055 de 2022.**

<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>

**Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.** (2019). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018: Resultados Generales.* Bogotá, D.C.

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/poblacion-y-demografia/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>

**Departamento Nacional de Planeación – DNP.** (2022). *Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026: Colombia Potencia Mundial de la Vida.* Bogotá, D.C.

[https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND\\_2022-2026.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND_2022-2026.pdf)

**Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.** (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014–2021.* Bogotá, D.C.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-sexualidad.pdf>

**Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.** (2018). *Informe nacional sobre salud sexual y reproductiva: avances y desafíos*. Bogotá, D.C.

**Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.** (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*. Bogotá, D.C.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

**Amnistía Internacional.** (2024). *Derechos sexuales y reproductivos: una cuestión de derechos humanos*. <https://www.amnesty.org>

**Cabella, W., & Nathan, M.** (2018). *La fecundidad en América Latina: transición y desafíos actuales*. CEPAL – Naciones Unidas.

<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/44145>

**Galvis-Aponte, L. A.** (2023). *Desigualdad y fecundidad adolescente en Colombia: una mirada desde los determinantes sociales*. Universidad del Rosario.

**Medina, M.** (2003). Difusión de la planificación familiar y transición de la fecundidad en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población*, 1(2), 45–67.

<https://www.redalyc.org/pdf/654/65410203.pdf>

**Profamilia.** (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010*. Bogotá: Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana.

<https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2010.pdf>

**Profamilia.** (2017). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015*. Bogotá: Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana.

<https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-I.pdf>

**Organización Mundial de la Salud – OMS.** (2006). *Definición de salud sexual y reproductiva*. Ginebra: OMS.

**Organización Mundial de la Salud – OMS.** (2023). *Salud sexual y reproductiva y derechos humanos: estándares y recomendaciones internacionales*. Ginebra: OMS.

**Organización Panamericana de la Salud – OPS.** (2025). *Panorama de la salud sexual y reproductiva en las Américas: avances y desafíos hacia la equidad*. Washington, D.C.: OPS/OMS.

## ANEXOS

### Anexo 1. Lista de ilustraciones y tablas

<b>ILUSTRACIÓN 1</b> TENDENCIA DE LA FECUNDIDAD TOTAL EN COLOMBIA 1995-2015 (promedio de hijos por mujeres al final de la vida reproductiva).....	21
<b>ILUSTRACIÓN 2</b> TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA (URBANA-RURAL), 1995 – 2015 (Promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva).....	23
<b>ILUSTRACIÓN 3</b> TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTOS, COLOMBIA 2005 (Promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva).....	25
<b>ILUSTRACIÓN 4</b> TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTOS, COLOMBIA 2015. (Promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva).....	26
<b>ILUSTRACIÓN 5</b> TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN EDAD DE LA MUJER (ENDS 2010–2015) .....	33
<b>ILUSTRACIÓN 6</b> TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR NIVEL DE EDUCACIÓN EN COLOMBIA AÑO 2015 (PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER AL FINAL DE LA VIDA REPRODUCTIVA).....	34
<b>ILUSTRACIÓN 7</b> TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN COLOMBIA AÑO 2015 POR NIVEL DE EDUCACIÓN Y EDAD .....	35
<b>ILUSTRACIÓN 8</b> FECUNDIDAD TOTAL Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN COLOMBIA (1986 – 2015).....	37
<b>ILUSTRACIÓN 9</b> PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN COLOMBIA SEGÚN ENDS 2015 POR ZONA DE RESIDENCIA .....	38
<b>ILUSTRACIÓN 10</b> NIVEL DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR REGION GEOGRAFICA EN COLOMBIA AÑO 2015.....	38
<b>TABLA 1</b> ANALISIS TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTO 2005-2015 .....	27
<b>TABLA 2</b> USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR SEXO 2010 Y 2015.....	29
<b>TABLA 3</b> USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR ÁREA Y SEXO EN EDAD DE 13 A 49 AÑOS 2015 .....	30
<b>TABLA 4</b> MATRIZ ANALÍTICA – RESULTADOS ENDS 2010–2015 ACCIONES Y METAS – POLÍTICA SSR 2014 LINEAMIENTOS – PLAN DECENAL 2022–2031 VACÍOS Y DESAFÍOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA	44