Universidad
Rey Juan Carlos

TESIS DOCTORAL DE
JOHANA JARAMILLO PALACIO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ EN EL MARCO DE LA REALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: EL CASO DE MEDELLÍN (COLOMBIA)

DIRECTORA: DOCTORA PILAR TRINIDAD NÚÑEZ

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

DOCTORADO EN RELACIONES INTERNACIONALES IBEROAMERICANAS

MADRID, 2017

Doña PILAR TRINIDAD NÚÑEZ, PROFESORA TITULAR DE DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO Y RELACIONES INTERNACIONALES DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS.

EXPONE:

Que tras haber examinado minuciosamente la tesis doctoral de D. JOHANA JARAMILLO PALACIO , titulada "POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ EN EL MARCO DE LA REALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: EL CASO DE MEDELLÍN (COLOMBIA)", considero que cumple todos los requisitos formales y científicos para que se proceda a su lectura y defensa.

Lo que suscribo al 17 de abril de 2017

PILAR TRINIDAD NÚÑEZ

DEDICATORIA

A ellas, a quienes el universo las sorprendió y tienen en sus manos el más grande tesoro: Dar vida.

A quienes conocí en el camino de ser madres apenas aprendiendo a vivir.

A mis hijos quienes me enseñan cada día cómo ser una mejor madre.

A la Virgen de Guadalupe, por sus bendiciones.

A mi familia por su amor constante.

Gracias infinitas.

AGRADECIMIENTOS

Este texto es la materialización de un sueño, y una obligación personal con las miles de adolescentes de la ciudad que quieren y necesitan ser escuchadas. Agradezco a la Universidad Rey Juan Carlos por su acogida, enseñanza y formación académica. A mi directora de tesis Doctora Pilar Trinidad Núñez por su constante orientación, y excelencia académica en la dirección de esta tesis doctoral.

A mis docentes Doctor Cástor Díaz Barrado, Doctora María Ángeles Cano Linares, Doctora Sagrario Morán Blanco y demás profesores que por mi paso por la Universidad aportaron con sapiencia en mi formación.

A mis amigos que desde sus diferentes labores han aportado a la protección de la infancia y la adolescencia.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN **18**

OBJETIVOS **22**

Objetivo general 22

Objetivos específicos 22

JUSTIFICACIÓN **23**

DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA **29**

Planteamiento del problema 29

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN **38**

METODOLOGÍA **39**

Enfoque metodológico 39

Fuentes 40

MARCO TEÓRICO: EMBARAZO ADOLESCENTE **41**

1.1 Concepto de adolescencia 41

1.2. Enfoques sobre la problemática del embarazo adolescente 46

1.3 Marcos de análisis para estudiar el Embarazo adolescente 48

1.3.1 Factores socio-culturales 51

2.2.2. Factores relacionados con programas y políticas públicas 58

2.2.3. Aspectos biológicos 61

2. Estado del arte 64

2.1. España 65

2.2 Latinoamérica 72

2.2.1 México 77

2.2.2 Chile 82
2.2.3 Argentina 87
2.2.4 Colombia 91

PRIMERA PARTE CONTEXTO INTERNACIONAL 100

CAPÍTULO I LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE 101

1. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO –ODM 102

1.1 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo -CIPD- 102
1.2 Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM 108
1.2.1 América Latina y el Caribe 116
1.2.2 Colombia 122
1.2 Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible 134

CAPÍTULO II POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN IBEROAMÉRICA 141

II. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN IBEROAMÉRICA 142

2.1. Antecedentes normativos 143
2.2. Convención sobre los Derechos del Niño 145
2.3 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF 149
2.4. Organización Internacional del Trabajo - Convenio 182 151
2.5 Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño 152
2.5.1 Protocolo Facultativo relativo a la participación de los niños en los conflictos armados 152
2.5.2 Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía 153
2.6 Normatividad sobre Infancia y Adolescencia en Iberoamérica 155
2.6.1 México 156
2.6.2 Chile 169
2.6.2.1 Legislación chilena sobre Infancia y Adolescencia 169

2.6.2.2 Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010 182

2.6.2.3 Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025..... 189

2.6.3 Argentina 209

CAPÍTULO III POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ EN IBEROAMÉRICA 213

III. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ. IBEROAMÉRICA 214

3.1 Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño 215

3.2 Recomendaciones Generales Adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer 219

3.3 Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 221

3.4 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes 223

3.5 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo -CIPD- 226

3.6 Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 227

PARTE II. CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL 232

CAPÍTULO IV POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN 233

IV. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN 234

4.1 Legislación sobre Infancia y Adolescencia 238

4.1.1 La Constitución Política de Colombia 240

4.1.2 Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia 243

4.1.2.1 Principios de la Ley de Infancia y Adolescencia 247

4.1.2.2 La familia en la Ley de Infancia y Adolescencia 255

4.1.2.3 Responsabilidad penal para los adolescentes 268

4.1.3 Conpes 109 de 2007 272

4.1.4 Conpes 113 de 2007 278

4.1.5 Ley 1295 de 2009 283

4.2 Estrategia “De Cero a siempre” 286

4.3 Normatividad municipal sobre infancia y adolescencia en Medellín 292

4.3.1 Programas sobre infancia y adolescencia implementados en Medellín 296

4.3.1.1 Programa Buen Comienzo 299

4.3.1.2 Otros programas 301

4.4. Acuerdo de Paz en Colombia y la infancia 304

CAPÍTULO V POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN 309

V. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN 310

5.1 Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia 311

5.2 Ley 1122 de 2007 312

5.3 Ley 1257 de 2008 313

5.4 Documento Conpes Social 147 - Estrategia de Prevención de Embarazo en la Adolescencia 314

5.4.1 Lineamientos para el fortalecimiento de la Intersectorialidad 316

5.4.2 Lineamientos para la promoción del desarrollo humano y Proyecto de vida 322

5.4.3 Lineamientos para la oferta de servicios en educación sexual, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos 327

5.4.4 Lineamientos para el monitoreo, seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento 334

5.5 Resolución 1841 de 2013 - Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 337

5.5.1 Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos 339

5.6 Ley 1620 de 2013: Sistema Nacional de Convivencia Escolar 355

5.7 Ley 1753 de 2015: Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 366

5.8. Entidades del orden nacional y regional en temas de embarazo adolescente 367

5.8.1 Alta Consejería para la Equidad de la Mujer 367

5.8.2 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF 369

5.8.3 Ministerio de Salud y Protección Social 370

5.8.4 Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente creado por el Conpes Social 147 374

5.9 Normatividad y programas municipales en Medellín 375
5.9.1 Red de Prevención del Embarazo Adolescente 376
5.9.2 Proyecto “Sol y Luna” 379
5.9.3 Jóvenes por la vida 382
5.9.4 Acuerdo 23 de 2011 385

CONCLUSIONES 387

BIBLIOGRAFÍA 395

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACEPM: Alta Consejería para la Equidad de la Mujer

APV: Programa Arranque Parejo en la Vida

ARV: terapia Anti Retro Viral

AUGE: Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas en Salud

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CDI: Centros de Desarrollo Infantil

CEDAW: Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

CIPI: Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia

CPPI: Consejería Presidencial para la Primera Infancia

CISC: Comisiones Interinstitucionales de Supervisión de los Centros Privativos de Libertad de Adolescentes

COVE: Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica

CPEM: Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DNP: Departamento Nacional de Planeación

DSR: Derechos Sexuales Reproductivos

DSS: Determinantes Sociales de Salud

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

EPS: Entidades Prestadoras de Salud

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

FARC: Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia

FAMI: Programa Familia, Mujer e Infancia

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INDER: Instituto de Deportes y Recreación de Medellín

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

LGBTI: población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual

MEN: Ministerio de Educación Nacional

MPS: Ministerio de Protección Social

OAS: La Organización de los Estados Americanos- The Organization of American States

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PAMI: Programa de Atención Materno-infantil

PA-CIPD: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

PEI: Proyectos Educativos Institucionales

PEC: Proyectos Educativos Comunitarios

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PESCC: Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía

PND: Plan Nacional de Desarrollo

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PSAN: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

PRONAREMI: Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil

REDIM: Red por los Derechos de la Infancia en México

SAAJ: Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

SISBÉN: Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales

SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación

SENAME: Red de Colaboradores del Servicio Nacional de Menores

SSR: Salud Sexual Reproductiva

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

TEF: Tasa Específica de Fecundidad

UNICEF: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund)

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

VIH (SIDA): Virus de inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

Son diversos los enfoques y las perspectivas a partir de los cuales se ha abordado y estudiado el concepto de infancia y las temáticas a ésta asociadas, Unos van desde lo meramente biológico, pasando por lo pedagógico y lo social; las otras, desde lo legal, pasando por lo parental y lo económico.

Una de estas temáticas es la concerniente al embarazo a temprana edad, o embarazo adolescente, fenómeno este que se da como resultado de la conjunción de varias causas de diversa índole. Este fenómeno, lejos de ser una problemática exclusiva de las sociedades del llamado Tercer mundo, caracterizadas por los bajos niveles educativos, la precariedad en los servicios de salud y los altos índices de pobreza, es una problemática de carácter global que tiende a generalizarse y que afecta no solo a la madre adolescente y a su núcleo familiar, sino también al entorno social y económico en cuanto deriva en otras problemáticas sociales asociadas a ella.

En esta medida, la atención, el cuidado y la educación de los infantes y adolescentes con miras a la prevención del embarazo adolescente debe convertirse en tarea urgente de la agenta política de todas las naciones y traducirse en políticas públicas que pongan en marcha programas de prevención y acciones pedagógicas dirigidas a la población más joven. Para ello es menester el fortalecer acciones efectivas, desde las educativas que garanticen el acceso a la información, así como el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que

proporcionen y garanticen el uso responsable de los métodos anticonceptivos, entendiendo con ello a los adolescentes como actores activos en las soluciones y los programas dirigidos a la prevención y reducción de las tazas de embarazo adolescente.

Como se mencionaba líneas más arriba, existe una estrecha correlación entre el embarazo adolescente y otras problemáticas sociales que le son correlativas, tales como el aumento y profundización de los niveles de pobreza, en cuanto que a dicha problemática van aparejados la deserción escolar, la inserción al mercado laboral en precaria condiciones socio económicas, todo lo cual genera la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente y pobreza, y de condiciones de vulnerabilidad social y económica (Palma, 2001).

Asimismo, y no menos grave, el fenómeno del embarazo en la adolescencia profundiza las desigualdades en las relaciones de género, a la vez que profundiza las condiciones de vulnerabilidad de las jóvenes madres, dado que se dan como resultado diversas formas de subordinación social por condiciones de género, edad y nivel económico, es decir, en cuanto mujer, joven, y pobreza. Hay que agregar que esta desigualdad en las relaciones de género se evidencia en cuanto que la figura del padre adolescente no está plenamente constituida en la sociedad, siendo la mayoría de las veces invisibilizada y con ello facilitando el eludir su corresponsabilidad en el embarazo, por lo cual la niña o la adolescente se ve obligada a asumir plenamente dicha responsabilidad, tanto sobre sí misma como sobre su propio hijo (Palma I. , 2001).

En esta problemática el entorno social resulta ser relevante para los adolescentes en cuanto que constituye un factor generador de condiciones bien sea de protección o bien de vulnerabilidad que permiten o impiden la prevención del embarazo. En el entorno social confluyen diversos actores, entre los cuales se cuentan los compañeros de escuela o colegio, los amigos, los profesores y los familiares (Dides, Benavente, & Morán, 2009).

En Colombia, las acciones encaminadas a la prevención del embarazo adolescente se han dado desde el ámbito legislativo, las cuales parten desde la misma Presidencia de la República a través de los Ministerios de Protección Social y de Educación, como también de la Alta Consejería para la Mujer, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), hasta la Corte Constitucional.

En este sentido, Le Ley de Infancia y Adolescencia, el Código de Infancia, el Conpes Social, las Sentencias de la Corte Constitucional y las políticas de los organismos internacionales marcan un derrotero a seguir en pos de generar políticas públicas y acciones eficaces para reducir los índices de embarazo adolescente y con ello proteger no solo una generación de jóvenes, sino también las siguientes.

Es por ello que el presente trabajo parte de un interés particular por estudiar a fondo la problemática y sus múltiples factores, y a partir de esto proponer soluciones encaminadas a la prevención del embarazo adolescente y la protección de la infancia. Dicho interés nace de la preocupación por el bienestar de una gran parte de la población del país integrada por

niños y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad ante la falta de cuidados y la ausencia de las garantías necesarias para su desarrollo como individuos y ciudadanos íntegros.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las perspectivas generales de las políticas públicas y la normatividad existente sobre la prevención del embarazo adolescente en Iberoamérica, a la luz de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Objetivos específicos

- Describir y enunciar las políticas públicas y los programas vigentes en algunos países de Iberoamérica respecto a la prevención y atención del embarazo adolescente.

- Analizar las políticas públicas y los programas vigentes en Colombia, y en particular en la ciudad de Medellín, respecto a la prevención y atención del embarazo adolescente.

- Analizar los elementos relevantes para la creación y formulación de una política pública sobre la prevención y atención del embarazo adolescente para la ciudad de Medellín, Colombia.

JUSTIFICACIÓN

El artículo 44 de la Constitución Política de Colombia de 1991 establece los derechos fundamentales de los niños, ratificando así el carácter vinculante del conjunto de normas internacionales para la protección de la infancia y los derechos del niño enunciadas por la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, lo que supone una gran transformación social al reconocer a los niños, niñas y adolescentes como agentes activos de su propio desarrollo y no solo como individuos pasivos bajo la tutela de sus padres y familias.

Sin embargo, sólo hasta el año 2006 el Congreso colombiano promulga la Ley 1098, comúnmente conocida como Código de la Infancia y la Adolescencia, la cual tiene como objeto:

> *Establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento* (Congreso de la República de Colombia, 2006, pág. Art. 2).

Partiendo de dicha ley, se da inicio a una serie de procesos e iniciativas para direccionar sus objetivos. Es así como se empieza a abordar la problemática del embarazo en adolescentes y a trabajar en su prevención desde diversos enfoques.

Un primer hito importante a nivel nacional en esta dirección es la promulgación del Conpes Social 147 de (2012), el cual es un documento de política social en donde se establecen los lineamientos específicos para la prevención del embarazo en adolescentes. Tales lineamientos se proponen como tarea:

> *Orientar el diseño de una estrategia que haga énfasis en los proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, la permanencia escolar y la culminación del ciclo educativo, y el logro de familias funcionales, trascendiendo los enfoques biológicos y de riesgo, planteados hasta el momento en algunas instituciones y proyectos, y reconociendo las diferencias culturales, regionales, y poblacionales* (Documento Conpes 147, 2012, pág. 2).

En el caso concreto de la ciudad de Medellín, durante los últimos diez años se han desarrollado programas y campañas institucionales para la prevención del embarazo en adolescentes, las cuales se han enfocado en lograr la disminución de los índices de embarazos. Así, en 2007 la Alcaldía de Medellín creó el proyecto *Sol y Luna,* el cual fue una "iniciativa liderada por el Despacho de la Primera Mujer de la Alcaldía de Medellín, quien convocó a distintas instituciones para analizar, discutir y desarrollar estrategias para la prevención del embarazo adolescente.*"* (Alcaldía de Medellín, 2010, pág. 44)

Posteriormente, entre 2012 y 2015 la Secretaría de Salud Municipal y Metrosalud desarrollan el programa de salud "Jóvenes por la Vida", el cual busca proteger a la población joven, mediante la adopción de medidas saludables, el fortalecimiento de habilidades para la

vida y orientación de su proyecto de vida, a través de la promoción del ejercicio de una vida sexual saludable y responsable.

En el componente denominado "Sexualidad con Sentido", este programa tiene entre sus objetivos la prevención del embarazo en adolescentes “a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida y el ejercicio de una vida sexual saludable y responsable, para que mejoren su calidad de vida y se conviertan en agentes de cambio de la sociedad” (Alcaldía de Medellín, 2015, pág. 37).

El programa logró conjugar los esfuerzos e iniciativas de diversas entidades estatales, tales como el Ministerio de Salud, el Centro de la Diversidad Sexual, la Entidad Savia Salud y Metrosalud de Medellín, así como programas de la misma Alcaldía tales como Buen Comienzo, Medellín Solidaria, Crecer con Dignidad y las 9 Unidades Hospitalarias de Metrosalud, apoyadas por programas como Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, Salud en el Hogar, Escuelas y Colegios Saludables y Unidades Móviles (Ministerio de Educación, 2013).

Es de señalar que pese a la existencia de una reciente y clara normatividad, tanto nacional como local, de programas y campañas acordes a ésta implementadas por la Alcaldía de Medellín en sucesivas administraciones, las estadísticas sobre el embarazo en adolescentes van en aumento, así en el país como en la ciudad, dejando entrever que las acciones citadas parecen no ser suficientes o ineficaces.

En el caso local, Medellín cuenta con el Acuerdo Municipal 23 de 2011, según el cual, y atendiendo a la normatividad internacional vinculante, “El Municipio de Medellín adopta una política dirigida a la prevención del embarazo infantil y adolescente, […] que además propicie condiciones de atención integral durante y después del embarazo para toda la población objeto” (Art. 1) (Concejo de Medellín, 2011).

Sin embargo, y pese a la obligatoriedad que el mismo Acuerdo señala para su ejecución, parece no existir dicha política pública para la prevención del embarazo adolescente mediante la articulación de las instituciones públicas y privadas que propenden por dicho objetivo (Art. 5), y que debería redundar en la constitución de la Red de Salud Sexual y Reproductiva encargada de la ejecución de dicha política pública (Art. 7) (Concejo de Medellín, 2011).

Hay que agregar que lo más parecido que dispone la ciudad es su Política Pública de Juventud, existente desde el año 2000 y encarnada en la Secretaría de la Juventud, la cual, por su objeto mismo, no logra dar cobertura al total de los jóvenes, dada su naturaleza cambiante, entendidos en dicha política como población vulnerable. (Leyva & Tabares, 2015, pág. 284). Esta Secretaría se encarga de la oferta institucional sobre temas específicos de juventud en las áreas de: educación; salud; empleo y emprendimiento; seguridad, convivencia y derechos humanos; cultura, recreación y deporte; ecología y sostenibilidad y participación, a través de programas para prevenir que los ingresen a las actividades ilegales, a grupos al margen de la ley, evitar el consumo de drogas y alcohol, así como promover el

aprovechamiento del tiempo libre y la potenciación de las capacidades y talentos de los jóvenes a través de la Red de Escuelas de Música (Leyva & Tabares, 2015, pág. 284).

Señalan Leyva y Tabares (2015) la actual oferta institucional dirigida a esta población se da por 3 niveles y dependiendo la política específica: en el primer nivel la oferta es universal, es decir, dirigida a todos los jóvenes de la ciudad, la cual focaliza el 87% de la oferta institucional con 68 programas en las áreas ya mencionadas ; en el segundo nivel se halla la población no cobijada por la oferta universal, y por tanto vulnerable y en riesgo, en donde la oferta institucional es del 6.4% con 5 programas; y el tercer nivel son los niños y jóvenes ya vulnerados, es decir, jóvenes en situación de cárcel y adolescentes en embarazo, en quienes los programas de los niveles anteriores fracasaron, y cuya oferta institucional equivale al 6.4% en solo 5 programas del área de seguridad, convivencia y derechos humanos dirigidos a jóvenes delincuentes, dejando por fuera a los jóvenes en embarazo adolescente (págs. 284-285).

Con respecto a las áreas mencionadas más arriba, el enfoque y los esfuerzos de la Alcaldía de Medellín al área de la Salud se circunscriben únicamente al primer nivel de la población, dirigido a todos los jóvenes de la ciudad, a través de programas y campañas informativas y de concientización sobre temas como consumo de drogas, los riesgos del embarazo adolescente, y salud sexual y reproductiva, dejando por fuera a los jóvenes del segundo y tercer nivel, es decir, aquellos que están en riesgo y aquellos que ya fueron vulnerados y requieren protección (Leyva & Tabares, 2015, pág. 286).

Dado esto, es más que evidente la urgencia de evaluar dichos programas en pos de generar, proponer e implementar una política pública al respecto con mucho más voluntad y compromiso político que permita definir estrategias, acciones, programas y campañas pedagógicas, sicológicas y sociales que ayuden a la prevención del embarazo en adolescentes.

DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Planteamiento del problema

El embarazo en adolescentes se constituye hoy como una problemática global que implica un complejo conjunto de factores equívocos para la sociedad. Actualmente cerca del 15% del total de la población del planeta tiene entre 10 y 19 años (Hindin, 2009), del cual, aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y los 19 años quedan embarazadas cada año, lo que equivale al 11% del total de nacimientos anuales, de los cuales el 95% ocurre en los países en vía de desarrollo y en los menos desarrollados. Así, se tiene por ejemplo que en Europa 4 de cada 1.000 adolescentes son madres; 36 de cada 1.000 en Asia y 108 de cada 1.000 en África, mientras que en América el 18% de los nacimientos son de madres adolescentes (Dillon, M. & Cherry, A, 2014).

En el caso de Colombia, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre 2008 y 2013 nacieron anualmente en promedio 159.656 hijos de madres cuyas edades estaban entre los 10 y los 19 años. Según esto, la tasa diaria estaría alrededor de los 435 nacimientos diarios (EL TIEMPO, 2014).

Asimismo, entre 2008 y 2014 se registraron cerca de 1.107.000 nacimientos de madres entre los 10 y los 14 años, producto de embarazos no deseados (Noticias RCN, 2015)

convirtiendo a Colombia en el tercer país de la región (después de Venezuela y Ecuador) con el mayor índice de adolescentes gestantes (Domínguez, 2014).

Al mirar un poco más atrás en el tiempo, se observa que esta tendencia progresiva en los embarazos viene siendo constante. En 1990 se presentaba el 13%, en 1995 el 17% y en 2000 el 19% (Parada, 2005). En el caso de Medellín, durante 2015 se presentaron 6.544 casos de embarazos en niñas y adolescentes entre los 10 y los 19 años de edad (Agamez, 2016).

Esta problemática se hace más grave si se tiene en cuenta que una adolescente en estado de embarazo está más propensa a situaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de madre e hijo, tanto durante, como después del embarazo (Akella, D. & Jordan, M, 2015).

Ya que la adolescencia trae grandes transformaciones corporales y funcionales, la gestación implica para la adolescente una situación riesgosa dado el inmenso esfuerzo fisiológico que requiere sostener al mismo tiempo ambos procesos, incrementando las probabilidades de complicaciones durante el embarazo y el nacimiento, tales como hipertensión, anemia materna, prematuridad, necesidad de cesárea debido a la inmadurez del cuello uterino de la adolescente, bajo peso del recién nacido, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y malformaciones congénitas, entre otras, que ponen en riesgo el bienestar, el desarrollo, la salud y la vida del bebé y de la madre.

Asimismo, el embarazo implica para las adolescentes situaciones de vulnerabilidad social y de desequilibrio en su bienestar, ya que esta es la causa de más de la mitad de los casos de deserción escolar, y que va asociado a situaciones de discriminación. De igual manera aumenta las probabilidades de hallarse con condiciones laborales precarias, tales como el subempleo, la inestabilidad, la informalidad y la explotación, las cuales complican la situación económica de los adolescentes para sostener al recién nacido. Todo esto asociado también a tensiones emocionales y familiares que comprometen la crianza y desarrollo de los niños.

En Colombia las cifras estadísticas sobre los patrones de fecundidad arrojadas por el Censo General de 2005 muestran que del periodo 1985-1990 al periodo 2000-2005, la edad media de la fecundidad pasó de los 27,23 a los 26,63 años. Este descenso se explica por la cada vez menor participación de las mujeres mayores de 20 años, mientras que los nacimientos en mujeres del grupo de 15 a 19 años se incrementó un 19,4% entre 1993 y 2005 (DANE, 2010, págs. 8,9).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (Profamilia, 2010) muestra un descenso en la edad promedio, cada vez más temprana, en la que se inicia la actividad sexual. Asimismo muestra que dicha actividad se da a edad más temprana (entre los 15,8 y 17,1 años) en mujeres sin educación, de bajo nivel económico y zonas rurales, a diferencia de aquellas que tienen educación superior, nivel socio económico alto y viven en zonas urbanas (entre los 18,1 y los 18,9 años).

Asimismo se evidencia que entre 2005 y 2010 el porcentaje de mujeres adolescentes que iniciaron su actividad sexual antes de la mayoría de edad aumentó de 46,2% a 50,3%, es decir, 1 de cada 2 mujeres tuvo su primera relación sexual en la adolescencia. De igual manera, según varias muestras de la encuesta, el 13,6% de dichas mujeres lo hizo antes de los 15 años, otro 61,1% (es decir 3 de cada 5) lo hicieron antes de los 18 años, mientras que el 82% (es decir, 4 de cada 5) lo hicieron antes de los 20 años.

Igualmente la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS muestra que el promedio de edad en el que se establece la primera unión conyugal también disminuyó, pasando de los 21,7 a los 21,5 entre 2005 y 2010, ello debido a que el porcentaje de las menores de 15 años que lo hicieron aumentó de 4,7% a 5,6%, a la vez que el de menores de 18 años aumentó de 22,1% a 24,3%.

Sobre el inicio de la actividad sexual, los promedios de edad en las zonas rurales en cuanto a la primera unión conyugal son menores con respecto a las zonas urbanas, es decir, 19,8 y 22,1 años, respectivamente. Asimismo, el porcentaje de las menores de 15 años en zona rural que se unen conyugalmente (9,0%) dobla al de la zona urbana (4,7%), mientras las que lo hacen antes de los 18 años son el 34,0%, con respecto al 21,4% en las ciudades. Esto demuestra que en general el promedio de edad de la primera unión conyugal ha descendido, debido en gran medida a que ha aumentado la proporción de uniones conyugales realizadas en la adolescencia, ya sea antes de los 15 años (8,5% zona rural y 3,6% zona urbana) o los 18 años (32,6% zona rural y 19,4% zona urbana).

Aparejado a estas tendencias, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS muestra un aumento en la tasa de fertilidad entre la población adolescente, que creció de 70 a 90 nacimientos por cada mil mujeres de 1990 a 2005, y de 84 nacimientos en 2010. En el contexto latinoamericano, estos promedios de fecundidad entre las adolescentes en Colombia son levemente inferiores al compararlos con el de México (86,7 nacimientos por cada mil mujeres en 2008) y el de Venezuela (101 nacimientos por cada mil en 2007), superando además los niveles de los demás países con datos actualizados para 2005 (Profamilia, 2010, pág. 115)

En esta medida, junto a Argentina, Venezuela y Perú, Colombia registra desde el año 2000 una creciente tendencia al aumento de la fecundidad en adolescentes, cuya tasa es incluso una de las más altas del continente. La ENDS estima que el porcentaje de madres adolescentes creció un 6,7% entre 1990 y 2010, lo cual se traduce en que para el año 2010 una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada, es decir, el (19,5%), lo que se acentúa con los factores ya mencionados de ubicación rural, bajo nivel educativo y nivel socioeconómico, tal y como lo señala el (Documento Conpes 147, 2012), al referirse a la prevalencia de las diferencias entre los contextos rural y urbano (p. 9).

Asimismo, al tomar en cuenta la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS y la Encuesta Nacional de Deserción Escolar, el Conpes 147 pone de manifiesto la relación causa-efecto existente en los departamentos con los mayores

porcentajes de madres adolescentes y los altos índices (entre el 20% y el 45%) de estudiantes que aducen la paternidad o maternidad como la principal razón por la cual deben dejar de asistir a la escuela, lo cual ratifica que la creciente problemática del embarazo en adolescentes constituye un factor de riesgo para la situación educativa y socioeconómica de la población adolescente en muchas regiones del país (Documento Conpes 147, 2012, pág. 10).

Esto va de la mano con la afectación y el impacto producido por el embarazo en la vida de las adolescentes, pues según las cifras de la ENDS, apenas el 36,3% de los embarazos fueron deseados en ese momento, mientras que el 47,7% lo prefería más tarde y, el 16% restante no lo deseaba, lo que da como resultado que 2 de cada 3 nacimientos, o sea el 64% de los hijos de mujeres adolescentes entre 2005 y 2010, interrumpieron o modificaron sus planes y proyectos de vida por el hecho de tener que asumir el embarazo. En este sentido, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS señala que en las grandes ciudades, los embarazos a temprana edad no son deseados y se dan en parejas que no conviven juntas, acotando a la problemática de la “madre soltera” y las dificultades a éste asociadas, cuando no que muchos de dichos embarazos se interrumpen con abortos practicados en condiciones inadecuadas que ponen en riesgo la vida de la adolescente (Profamilia, 2010, pág. 114).

Asimismo, relacionado con la mayor actividad sexual de los adolescentes, y aunque el incremento del embarazo en dicha población pareciera contradecirlo, está un evidente aumento en el porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres solteras de 15 a 19 años, que aumentó de 20,1% en 2005 a 26,5% en 2010, mientras que el porcentaje en

las mujeres casadas o en uniones conyugales en las mismas edades creció de 57,2% a 60,5%. Caso similar sucede con el aumento en el índice de adolescentes de 15 a 19 años que usa métodos modernos de planificación familiar, el cual pasó del 66,1% al 70,5% entre 2005 y 2012 para las adolescentes solteras y sexualmente activas, mientras que las casadas o unidas fue del 47,1% al 55,1%.

No obstante los avances en el uso de los métodos anticonceptivos para reducir el embarazo en la adolescencia, estos parecen ser insuficientes en cuanto que el porcentaje de su uso entre las adolescentes sexualmente activas y solteras es inferior en un 2,4%, con respecto al promedio general (es decir 79,2% frente 81,6%), mientras que entre las adolescentes casadas o unidas la diferencia en su utilización es del 18,6% (es decir 60,5% frente 79,1%). Cabe llamar la atención sobre el hecho de que el 20% de las adolescentes sexualmente activas, es decir una de cada cinco adolescentes, no puede acceder a los métodos de planificación familiar que necesita. Unido a esto, el Documento Conpes 147 (2012) señala la necesidad de re-direccionar la manera en que se ofrece la educación sexual a los adolescentes, con miras a la reducción del embarazo, pues, si bien la mayoría de ellos conoce la información del condón contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, apenas el 34% lo usan siempre, otro 17% no cree que el condón sirva como protección, y otro 37% no está seguro al respecto (pág. 5).

En este sentido, si bien la ENDS menciona que el 80,1% de las mujeres menores de 25 años, es decir 4 de cada 5, ha recibido alguna educación sexual (93,4% de ellas en colegios)

y que el 50,8%, o sea 1 de cada 2, afirma haber recibido información al respecto por medios masivos de comunicación, el Conpes 147 (2012),muestra que para el 52% de los jóvenes la información recibida en sus hogares, colegios o medios de comunicación sobre la salud sexual y reproductiva es confusa, lo cual indica que la información por sí sola no basta (pág. 6).

A ello hay que agregar, según el Conpes 147 (2012), que los adolescentes, niños y niñas, se asesoran mutuamente sobre educación sexual antes que hablar con los adultos, aun cuando los padres figuran como fuentes de información y consejo confiables. Esto da luces sobre posibles derroteros a seguir, pues se debe trabajar por el mejoramiento de las competencias comunicativas de los padres en información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (p. 6).

Con respecto a la educación sexual, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS señala que ésta se enfoca actualmente casi que únicamente en los aspectos biológicos y fisiológicos de la sexualidad: embarazo y parto, violencia y abuso sexual, aborto y anticoncepción; dejando de lado la dimensión social de ésta y los temas relacionados con la diversidad sexual, las relaciones interpersonales, el crecimiento personal y su promoción como parte del proyecto de vida de los adolescentes. En consecuencia, la mayoría de las iniciativas implementadas en educación sexual se han enfocado en la prestación de servicios de salud, la promoción y formación de conocimientos y competencias en sexualidad responsable, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos, además de

servicios especializados para la prevención de factores de riesgo como el abuso de alcohol, drogas y pandillismo, generalmente, sin tener en la cuenta el contexto social, la cotidianidad, las necesidades y las expectativas de los adolescentes. Es necesario entonces que estas iniciativas y demás programas redirijan su enfoque para promover factores de protección en los que se pase del concepto de niños, adolescentes y jóvenes receptores, al de participantes activos (Documento Conpes 147, 2012, págs. 7, 8).

Y es que al no lograrse la reducción de las tasas de embarazo adolescente en la última década, al no existir conciencia de la población acerca del alto riesgo que representa el embarazo a temprana edad y sus consecuencias psicológicas, médicas, económicas y sociales, se requieren acciones gubernamentales que logren la reducción de los índices del embarazo adolescente, la pertinencia de programas educativos de prevención en esta comunidad juvenil; y las transformaciones culturales en la ciudad que logren en este público y sus familias la disminución en el corto, mediano y largo plazo del embarazo adolescente.

Al respecto, tanto la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS como la Organización Mundial de la Salud -OMS- recomiendan la activa participación de los jóvenes en el diseño y ejecución de los programas sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, en pos de que éstos y las iniciativas reflejen sus deseos y preocupaciones de los adolescentes, con miras a prevenir el embarazo a temprana edad, cuyo acelerado incremento constituye una de las problemáticas más graves de América Latina y del país que pone en riesgo la salud, el desarrollo y el bienestar de la población más joven (Documento Conpes 147, 2012, pág. 8).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué programas o acciones existen en la ciudad de Medellín- Colombia dirigidos a la prevención del embarazo en adolescentes?

¿Existe una política pública integral sobre prevención del embarazo en adolescente en la ciudad de Medellín- Colombia?

¿Cuáles son las razones por las cuales se da el aumento en el índice de embarazos adolescentes pese a la existencia de acciones dirigidas a su prevención?

¿Qué acciones o estrategias han de implementarse para reducir los índices de embarazo en adolescentes en la ciudad de Medellín- Colombia?

¿Cómo habría de configurarse una política pública integral sobre prevención del embarazo en adolescentes para la ciudad de Medellín- Colombia?

METODOLOGÍA

Enfoque metodológico

La presente investigación es de tipo documental explicativa, dado que parte de la descripción de los diversos conceptos y múltiples factores referentes a la problemática objeto de estudio, en este caso el aumento del índice de embarazos en adolescentes, para pasar al análisis de sus correlaciones, para indagar por las causas de la misma en términos del vínculo casusa-efecto. Para ello se han de relacionar, sintetizar e integrar datos secundarios resultado de investigaciones precedentes sobre dicha problemática (Cazau, 2006, pág. 34).

A partir de dicha descripción y posterior correlación se busca generar un estado del arte en torno al problema de investigación, con miras a ampliar el horizonte referencial y determinar el grado de desarrollo de los programas y acciones de las políticas públicas referentes a la problemática del embarazo en adolescentes en Colombia y la ciudad de Medellín.

Para ello, en un primer momento se realizará una revisión bibliográfica referente a la problemática del embarazo en adolescentes, así como de las normas internacionales vigentes sobre el tema, así como de los diversos postulados y enfoques teóricos de este, sus fundamentos normativos y legislativos.

Se compararán los objetivos planteados en estos programas y las diversas acciones implementadas para su logro, al tenor de las estadísticas y las investigaciones disponibles en las fuentes documentales institucionales sobre la misma problemática, para dar cuenta del éxito o el fracaso en el logro de los objetivos trazados para la prevención del embarazo en adolescentes.

Fuentes

Las fuentes secundarias básicas que se tendrán en cuenta para obtener los datos estadísticos sobre la problemática del embarazo en adolescentes serán principalmente la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 elaborada por Profamilia, el Documento Conpes 147 de 2012 y demás normatividad y legislación sobre Políticas Públicas sobre prevención del embarazo en adolescentes y sobre Educación y Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, así como como los diversos indicadores sobre salud, fecundidad y embarazo en adolescentes de la ciudad de Medellín.

MARCO TEÓRICO:
EMBARAZO ADOLESCENTE

1.1 Concepto de adolescencia

A la hora de definir la adolescencia no existe un consenso entre los académicos acerca de la franja etaria que le corresponde. Así, por ejemplo, estudios como los de Crockett & Petersen (1994), Cherry & Dillon (2014), Elliott & Feldman (1991), y Flórez et al. (2004), usan rangos tan amplios como el de 10 a 19 años[1]; otros más recientes, en cambio, ubican la adolescencia desde los 13 a los 19 años (Akella, D. & Jordan, M, 2015). Por otro lado, muchas de las Encuestas de Demografía y Salud llevadas a cabo en varios países de Latinoamérica[2], y que sirven como fuente de información para muchos otros estudios, presentan como grupo poblacional mujeres entre 15 y 24 años, sin hacer mayor distinción (Pantelides, 2004).

Y es precisamente este último aspecto el que presenta la mayor dificultad a la hora de clasificar la edad de los adolescentes, pues aunque se defina un rango determinado para este grupo poblacional, la mayoría de los análisis terminan limitándose a la información disponible. Así, por ejemplo, aunque Flórez et al. (2004) defina la adolescencia entre los 10 y los 19 años, las estadísticas empleadas para su estudio son mucho menos amplias[3]. Caso

[1] Este rango de edades es el sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, o WHO, por sus siglas en inglés), para definir la adolescencia. (WHO, 2002)

[2] En Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada por Profamilia con el apoyo del Ministerio de Protección Social cada 5 años: 1990, 1995, 2000, 2005, 2010. (Profamilia, 2015)

[3] Este trabajo emplea como principal fuente de información las ENDS de 1995 y del 2010 para la cual se encuentra definida la adolescencia entre los 15 y los 19 años.

similar sucede con el estudio de Cherry & Dillon (2014)(2014) para quienes el mismo rango de edades se ve difuminado por los datos presentados[4]. Así pues, una primera definición de la adolescencia tiene que tener como base la disponibilidad de datos sobre los principales temas relacionados con la fecundidad a temprana edad.

Para la presente investigación, y con fines estrictamente metodológicos, se tomará el rango etario comprendido entre los 15 y 19 años definido por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS- (Profamilia, 2010), la cual es la fuente documental de donde se tomará la información puntual sobre el caso colombiano. Esto no implica desconocer el hecho de que la adolescencia implica procesos más prolongados que inician incluso a más temprana edad.

Sin embargo, y aunque es importante referirse a la cuestión cuantitativa, es menester comprender de forma más amplia este periodo. Por ello, es necesario comenzar por agregar a la definición cronológica de la adolescencia, que esta no es una etapa estática. Antes bien, se trata de un periodo de transición y cambios profundos a nivel físico, psicológico, e incluso sociales y económicos. Así, la OMS, citada por Flórez et al. (2004), dice que en la adolescencia:

[4] Los datos son tomados, entre otros, de UNICEF (2012), UNFPA (2003), la División de Población de las Naciones Unidas (Population Division, 2009) y en cada caso las edades varían notablemente.

> 1) El individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; 2) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a y, 3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de dependencia en estas áreas (página 12).

Por su parte, tanto los estudios de Elliott & Feldman (1991), como los de Crockett & Petersen (1994), mencionan tres etapas en las que puede ser dividida la adolescencia, a saber:

1) la adolescencia temprana (entre 10 y 14 años), corresponde a la pubertad, en donde comienzan a ocurrir los cambios físicos y sociales más radicales;

2) la adolescencia intermedia (de los 15 a los 17 años), que tiene que ver con un aumento de la independencia del grupo familiar; y, finalmente;

2) la adolescencia avanzada (hasta los 19 e incluso más de los 20 años, de acuerdo con la situación de la vida escolar), en la cual se evidencia un cierto nivel de madurez emocional y ético que coincide con el inicio de la consolidación de la personalidad. En este sentido, la adolescencia es el puente que conecta al infante con el adulto, no sólo en términos emocionales sino también sociales.

El inicio de la pubertad en la adolescencia temprana constituye pues, la etapa crítica del desarrollo físico y psicológico de los niños y niñas, a la vez que es una etapa de máxima vulnerabilidad y de exposición a riesgos, pues es cuando se dan las rápidas transformaciones

corporales y el desarrollo sexual, incluso actualmente éste se da antes de los 10 años, sea a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños (UNFPA/UNAIDS/WHO, 2004, pág. 5).

Asimismo, los adolescentes, niños aún, comienzan a definirse con una identidad propia e individual, a la vez que desarrollan conflictos con sus padres en busca de autonomía, por lo que buscan el reconocimiento y la aceptación de sus pares al tiempo que empiezan a sentirse atraídos física y emocionalmente hacia otros. De igual manera, en la medida en que se hacen más fuertes las diferencias de género, niños y niñas interiorizan los códigos recibidos de su entorno, los adultos, los medios de comunicación y las instituciones acerca de los roles femenino y masculino. (UNFPA/UNAIDS/WHO, 2004, pág. 6).

Es a esta edad en que los niños comienzan a recibir imágenes y mensajes fuertes de alto contenido sexual, ya sea por las creencias culturales, por los medios de comunicación o de los compañeros de más edad, tales como que las niñas son sexualmente disponible y que se espera que ellos inicien su actividad sexual, mientras que se espera que las niñas inhiban su deseo sexual y eviten la exploración sexual. De esta manera se induce el comportamiento sexual de riesgo en los primeros, mientras que a las niñas se les niega la información. Esta tendencia en la pubertad a tomar una conducta sexual riesgosa va de la mano con que los adolescentes busquen experimentar otras conductas adultas (como fumar o consumir licor), mientras que tienen poco conocimiento de los riesgos y carecen de razonamiento y el juicio (UNFPA/UNAIDS/WHO, 2004, pág. 7).

Existe además otro aspecto problemático sobre el concepto de adolescencia, a saber: no es una experiencia universal. Y es que, aunque ciertas características como las mencionadas anteriormente sean comunes a todos los individuos, éstas no siempre ocurren al mismo tiempo, ni de la misma forma. Así lo puso de manifiesto el estudio antropológico titulado *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa,* de Margaret Mead (1984), en el que la autora hace una comparación entre la experiencia de la adolescencia en los jóvenes samoanos del Pacífico Sur y la experiencia de los jóvenes de Norteamérica, evidenciando que hay una gran variedad de aspectos relacionados con la sexualidad que cambian según el contexto cultural en el que se desarrollan y que, en la misma medida, darán paso a diferentes formas de desarrollo. En esta medida, las valoraciones morales, las formas particulares del discurso sobre la sexualidad e incluso los medios de comunicación, hacen que la experiencia de la sexualidad adquiera matices distintos en cada caso. Así por ejemplo, mientras en los países árabes resulta común –a pesar de las nuevas legislaciones- que hombres adultos desposen a niñas menores de 13 años, en Latinoamérica tal acción es, por lo general, mal vista y reprobada (Cherry, A. & Dillon, M., 2014).

Teniendo en cuenta estos aspectos, la adolescencia ya no es simplemente un asunto de importancia para los académicos de la Medicina o la Psicología, sino que adquiere gran importancia para las demás Ciencias Sociales, en la medida en que dicho proceso está inmerso en todo el entramado de relaciones sociales, juegos de poder, determinaciones éticas, culturales, y en general, de todos aquellos aspectos que dan forma y contenido al desenvolvimiento de la vida en conjunto, esto es, lo que el filósofo francés Michel Foucault (Foucault, 1999) llamó bio-política.

1.2. Enfoques sobre la problemática del embarazo adolescente

Hay que señalar que la problemática del embarazo adolescente ha sido foco de atención, tanto de autoridades como de investigadores y académicos, tan solo a partir de la década de los sesentas. Es apenas en la década de los sesentas, producto de los profundos cambios sociales, demográficos, culturales, económicos, ideológicos y políticos que trae consigo el fin de la Segunda Guerra Mundial[5], que el embarazo adolescente comienza a ser visto como un problema de salud pública, merecedor de investigación e intervención estatal, pues "estas transformaciones originaron una creciente preocupación por la normalización del comportamiento de los jóvenes, más específicamente por aquellas conductas que pudieran minar su transición hacia una forma socialmente aceptada de 'ser adulto'"(Adaszko, 2005, pág. 47).

En este escenario, la preocupación por el embarazo adolescente adquirió un sentido mucho más amplio, más allá del aspecto moral, luego de que su incremento sostenido durante los sesentas y setentas se observara súbitamente sucedido por una disminución global entre el final de los setenta y los noventa, hecho que tomó a los expertos por sorpresa y sin explicación aparente.

[5] En general, la evolución del discurso en contra del embarazo adolescente como proceso histórico tiende a evadirse, a pesar de que tal análisis permitiría entender en buena medida la situación actual y los limitantes de las políticas y programas actuales. Es por eso que muchos de los profesionales involucrados en tratar este tipo de temas no se dan cuenta que términos como "embarazo adolescente", "embarazo precoz" o "madres adolescentes" no eran usados antes de finales de los sesenta y principios de los setentas. (Vinovskis, 1992)

En consecuencia se plantean nuevos enfoques de estudio que dieran cuenta de otro tipo de factores en relación con el embarazo adolescente que permitieran explicar las variaciones acaecidas en sus índices. De esta forma, dado que el aspecto biológico de la sexualidad está compuesto por variables poco elásticas que se presentan más o menos similares en todos los individuos, independientemente de su condición étnica y económica, fue necesario dirigir la mirada hacia los aspectos sociales que enmarcan la sexualidad de las adolescentes para poder empezar a comprender el fenómeno en su complejidad real. Así, los estudios y las interpretaciones en torno a la maternidad se abrieron a perspectivas que examinaran el contexto social en que las adolescentes son embarazadas, en el cual la pobreza, la cultura, y con ello, la tradición y la religión, la educación y las políticas, juegan un rol diferencial (Cherry, A. & Dillon, M., 2014, pág. 7).

En esta nueva dinámica, la preocupación por el embarazo adolescente comienza a ser justificada desde otros ámbitos. Entre otros, Pantelides (2004, pág. 11) menciona: 1) el riesgo que corren la salud y la vida del neonato y su madre.[6]; 2) la asociación entre la maternidad en adolescentes y el aumento de la pobreza.

En esta dirección señala Pantelides, que varios estudios sostienen que la maternidad precoz conlleva menores niveles de educación y de condiciones económicas, además de ser

[6]Sin embargo, ya en los 70 y en los 80 estudios médicos demostraban que estos riesgos no se debían a la edad de la madre, sino al descuido de la propia salud, problemas nutricionales y a la falta de cuidados médicos pre y posnatales (Griffiths, 1977; McAnarney et al, 1978; Menken, 1980; Baldwin & Caine, 1980; Hollingsworth et al, 1982) Estudios más recientes en distintos países de varios continentes han confirmado estos descubrimientos (Mahfouz et al, 1995; Stern, 1997; Martín & Reyes, 2003; Monteiro et al, 2013; Sulaiman et al, 2013)

un vehículo para la transmisión y el aumento de la pobreza (Hayes et al, 1987; Buvinic et al, 1992). Empero, este argumento puede ser leído al revés: más bien es la situación de pobreza la que culmina en un embarazo temprano. “Dicho en forma más general, las condiciones socioeconómicas preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no (Geronimus y Korenman, 1992; Luker, 1997; Stern, 1997).” (Pantelides, 2004, pág. 12).

1.3 Marcos de análisis para estudiar el Embarazo adolescente

Dado lo anterior, se pone de manifiesto que la problemática del embarazo adolescente debe abordarse tomando en consideración su propio contexto, es decir, considerando todos y cada uno de sus factores y aspectos que actúan sobre los niveles de la fecundidad, denominados determinantes próximos, los cuales se definen como aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción y con la gestación, es decir, las decisiones de los adolescentes acerca de tener relaciones sexuales, usar métodos de planificación familiar, unirse, ser madres, y que intervienen entre las normas y la estructura social y su nivel de fecundidad. En esta medida, Simmons (1985) propone un marco conceptual para estudiar dichos factores determinantes en los niveles de fertilidad, en el cual se deben considerar al menos tres niveles de análisis que tienen resonancia directa o indirecta:

1) Los programas y políticas públicas relacionadas con la organización y oferta de los servicios de salud, planificación familiar, educación sexual, empleo y demás bienes o sectores que se racionan con la fecundidad;

2) Factores socioeconómicos macro, es decir, el contexto social que rodea la vida de los adolescentes, en el cual se encuentran las pautas culturales, los preceptos morales y los discursos e imaginarios acerca del matrimonio, el sexo, la pareja, la familia, el amor, etc., y demás aspectos socio-culturales que moldean la comprensión del mundo del grupo social específico;

3) Factores socio-económicos micro, esto es, las características particulares del sujeto y su hogar (Flórez, 2004, págs. 13-14).

Sobre el segundo nivel hace hincapié Flórez (2004) al resaltar la gran influencia que tienen los factores socioculturales sobre la fecundidad y sus determinantes próximos, sobre todo lo que tiene que ver con los significados y sentidos asignados a la sexualidad, la masculinidad y la feminidad, los cuales definen en gran medida la identidad del adolescente e influencian su rol y su decisión de iniciar su vida sexual y dado el caso, continuar o no con un embarazo en la adolescencia (pág. 14).

En esta misma línea, Pantelides (2004) propone un marco conceptual según el cual los factores sociales que determinan las características del embarazo y la fecundidad pueden ser ilustrados como “una serie de círculos concéntricos” en donde el más alejado se refiere al nivel macrosocial, incluye “las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente”, mientras que el más próximo se refiere al individuo, es decir, a su conducta, nivel de conocimientos, actitudes y percepciones. Las

características individuales, según la autora, determinan "grados de 'vulnerabilidad'" a un embarazo precoz, es decir, factores como la edad, la situación económica, el nivel de educación y el grupo étnico, así como sus "percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo", lo cual influyen en el tipo "conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana" (pág. 14).

Por su parte, Cherry & Dillon (2014) proponen una perspectiva más generalizante, partiendo de la distinción hecha por la ONU entre: países desarrollados, en vía de desarrollo y menos desarrollados[7], distinción según la cual los integrantes de cada grupo comparten características suficientes para dar luces sobre los factores que explican las diferencias en los niveles de fecundidad adolescente alrededor del mundo.

Más allá de las diferencias existentes entre los marcos de análisis antes mencionados, estos tienen en común al menos tres líneas generales sobre las que se enfocan la mayoría de los estudios y que permiten identificar las variables más importantes relacionadas con la problemática del embarazo adolescente. Una primera línea abarca los estudios relacionados con los factores socio-culturales generales y específicos[8]; En la segunda, si bien muy

[7] La lista de los países que componen cada grupo están en Cherry, A. & Dillon, M. (2014: 33-34, apéndices A, B y C).

[8] En este grupo las investigaciones suelen tener tintes sociológicos y antropológicos, y es común encontrar estudios de caso como herramienta metodológica para fortalecer las conclusiones. (Véase, por ejemplo: Stern, 2004; Flórez & Soto, 2006; Copping et al, 2013; Farber, 2014.) Se hará mayor énfasis en este punto, debido a que son las cuestiones tratadas aquí las que marcan el derrotero para el segundo grupo de factores a analizar y en general, para este trabajo.

relaciona con la anterior, se encuentran los estudios enfocados en el análisis, evaluación y propuesta de políticas y programas públicos sobre la fecundidad adolescente y la educación sexual[9]; y, en la tercera se pueden caracterizar las propuestas relacionadas con los factores médicos, psicológicos y psiquiátricos implicados en el embarazo adolescente[10].

1.3.1 Factores socio-culturales

Tal como se mencionó previamente, una de las líneas de análisis más importantes a la hora de acercarse a la problemática del embarazo adolescente es aquella que aborda los factores socio-culturales que configuran el contexto en el que ésta se presenta. Su enfoque plantea entonces la pregunta general sobre ¿Qué combinación o combinaciones de factores socio-culturales (tradición, cultura, religión y condiciones económico-políticas) explican las condiciones actuales del embarazo adolescente en el mundo? (Cherry, A. & Dillon, M., 2014, pág. 7). Pues bien, muchos son los elementos que se han encontrado para dar respuesta a esta pregunta, y en primer lugar, se hace necesario explicar por qué el embarazo adolescente se constituye como un problema.

---

[9] En lo que respecta a este grupo, se encuentran los estudios de caso de políticas específicas, la evaluación de impacto de programas gubernamentales y las propuestas para la elaboración de mecanismos de intervención en el tema. (Véase, por ejemplo: Juárez & Gayet, 2005; Gayet & Solís, 2007; Part et al, 2013; Manlove et al, 2015). Este segundo punto será menos extenso, ya que una vez esclarecido el grupo anterior, muchas de las conclusiones ya aparecerán evidentes.

[10] Para este grupo se consideran los artículos y libros que se centran en los aspectos propiamente médicos del embarazo precoz (Véase, entre otros: Dutta et al, 2013; Sulaiman et al, 2013; Monteiro et al, 2013; Dillon, 2014). En tanto este no es el aspecto principal del presente trabajo, sólo se mencionarán brevemente algunos de los hallazgos principales de esta categoría.

Y es que como se mencionó previamente, la adolescencia constituye un periodo de crecimiento, desarrollo y profundos cambios, tanto biológicos, psicológicos, como sociales, los cuales no ocurren de manera simultánea, siendo los primeros los biológicos, es decir el desarrollo de la capacidad reproductiva. Así, una adolescente fácilmente puede quedar embarazada sin haber alcanzado el desarrollo psicológico y social necesario para llegar a la adultez, siendo la maternidad una función de la edad adulta.

Debido a la multiplicidad de factores que inciden en el embarazo adolescente, los cuales varían según los diferentes contextos, tanto individuales, como sociales y culturales, lo que sí es constante es que independientemente del contexto, genera cambios, transformaciones y reacciones importantes de todo tipo (desde los riesgos biológicos y de salud, hasta psicológicos, emocionales, socioeconómicos y culturales) que afectan no solo la vida de la adolescente embarazada, sino también a todos aquellos que la rodean y por extensión a la comunidad.

Un primer aspecto problemático es de carácter moral. Así, por ejemplo, en Estados Unidos el embarazo adolecente es enmarcado como un problema moral más que como un problema de salud, de manera que cualquier programa encaminado a incentivar el cuidado prenatal en adolecentes encinta, es percibido como una aceptación implícita de las relaciones sexuales entre jóvenes, incluso algunos de los sectores más conservadores aún consideran que el embarazo premarital es un deterioro de la “moralidad nacional”, lo cual explica que la mayoría de programas de educación sexual en este país se vean limitados al fomento de la

abstención sexual y no a un conocimiento amplio y detallado de formas de anticoncepción, y los riesgos sobre enfermedades de transmisión sexual, entre otras de las cuestiones asociadas al inicio de la actividad sexual (Cherry, A. & Dillon, M., 2014)[11].

Como consecuencia de esta manera de enfocar las políticas públicas se hace evidente que, bajo ciertas circunstancias, muchos de los problemas que llevan al embarazo adolescente y a los que éste conduce se derivan de la manera como se ha valorado la sexualidad premarital y, particularmente, la sexualidad adolescente" (Stern, 1997, pág. 142).

El caso anterior es sólo un ejemplo de cómo el discurso sobre la moral juega un papel determinante en la regulación de la conducta sexual. El problema radical, tal como apuntan Martín & Reyes (2003), es que los sistemas de valores se encuentran en constante movimiento y los criterios que hace veinte años estaban vigentes, comienzan a resultar obsoletos para responder a las necesidades del mundo globalizado. Así, por ejemplo, en toda América, "persisten prejuicios con respecto al sexo y al machismo, sobre todo en sectores subculturalizados y costumbres y tradiciones que no reafirman la equidad entre la mujer y el hombre" (pág. 185).

Esto pone de manifiesto la enorme importancia que tiene el contexto cultural en cuanto a los valores, las representaciones y las percepciones sobre la sexualidad, la familia y los hijos, lo cual tiene influencia directa en la incidencia de las decisiones que los jóvenes toman frente

[11] Para un análisis detallado de la política de educación sexual en Estados Unidos en perspectiva comparada con otros países, ver: Dillon & Cherry, 2014: 3-8.

al riesgo sexual, pues en sociedades como las latinoamericanas, con patrones culturales tradicionales, la familia, la escuela, y en general la sociedad, ven aún con recelo la idea de la sexualidad en la adolescencia.

En esta misma línea, otro de los factores socioeconómicos más estudiado es el que señala la estrecha relación entre la pobreza y el embarazo adolescente. Esta relación no sólo se refiere a los casos en que la madre se encuentra en situación de pobreza, sino, en general, a la forma en que la situación de pobreza y su contexto inciden en los índices de maternidad adolescente.

Farber (2014) menciona, a propósito, que no todas las adolescentes tienen el mismo riesgo de quedar embarazadas o tener hijos antes del matrimonio; de hecho, existe un continuo de riesgo de maternidad temprana que depende de las experiencias de vida de cada individuo y las características del entorno social. En cualquier caso, hay evidencia empírica que prueba que, en efecto, los sectores más desfavorecidos son los que más altos índices de embarazo adolescente presentan. Así, por ejemplo, se tiene que en varios países de Latinoamérica las tasas de fecundidad de los sectores más pobres son entre cuatro y nueve veces más altas que las de los estratos más altos (Contreras, J., Guzmán, J. & Hakkert, R., 2001).

Además, hay que agregar que las condiciones socioeconómicas, tales como el nivel educativo, el nivel de ingreso, factores familiares y culturales, influyen directa e indirectamente en los índices y la cada vez más temprana fecundidad adolescente a través de

tres grupos de factores denominados determinantes próximos, que incluyen el inicio de las relaciones sexuales y matrimonio/unión, el uso de contraceptivos y, el aborto.

Dado esto, cabría suponer que es menor el riesgo de exposición al embarazo entre mayor sea la aceptación y el uso de métodos anticonceptivos y de planificación familiar. Por otro lado, entre menor sea el acceso a dichos métodos, mayor será la exposición al riesgo de embarazo y, y en consecuencia mayor la importancia del aborto, no obstante, en la mayoría de los países de Latinoamérica la consecuencia inmediata del embarazo adolescente es más probable que sea matrimonio, en vez del aborto.

(Flórez, 2004, pág. 13)

En consonancia con lo anterior, es lugar común que muchas adolescentes que viven en situación de pobreza decidan embarazarse a edad temprana y fuera del marco de una pareja estable porque un hijo, además del vínculo afectivo, les proporciona el status de adultez y una *posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer*, lo cual es más tolerado social y familiarmente en los estratos de menores recursos. Asimismo, esta decisión es detonada por situaciones conflictivas y obligaciones en el hogar de las cuales la adolescente desea escapar. Y ligado a esto, sirve de mecanismo para obtener protección o apoyo económico por parte del hombre (Gómez, Pío. et. al., 2011, pág. 16)

En la misma dirección señala Pantelides et al. (1995), al mencionar el caso de Buenos Aires, que aunque en los estratos bajos la iniciación sexual era más temprana que en los estratos medio altos, a la edad de 18, era mayor el nivel de mujeres y hombres sexualmente activos en este último estrato socio-económico; sin embargo, esta diferencia se compensaba con el uso generalizado de anticonceptivos, contrario a los estratos bajos, donde el uso de métodos de anticoncepción era mucho menor. Asimismo, es una característica constante que las condiciones de pobreza tienden a ir acompañadas de un menor nivel de oportunidades.

Al respecto, señalan Moore et al. (1998), que uno de los factores más importantes para la prevención del embarazo adolescente son las aspiraciones de las mujeres, fundamentadas en el hecho de que existen oportunidades reales, lo cual no implica que las jóvenes adolescentes supriman el desarrollo de su instinto sexual, sino que, muy probablemente, sus acciones estarán en concordancia con sus intereses personales. No obstante, dichas aspiraciones, tanto como el desarrollo sexual, están determinadas a su vez por experiencias específicas de vida en relación con las posibilidades de éxito que se encuentran en el entorno, las cuales, en ambientes de pobreza pueden ser muy escasas (Newby, K., Brady, G., Bayley, J., & Sewell, A., 2011).

Así pues, existe una cierta relación por ser profundizada entre las expectativas de vida, la oferta de oportunidades y la tendencia a ser una madre temprana, en la cual espacios como los medios de comunicación pueden ser un mecanismo importante a la hora de prevenir la

maternidad temprana, fomentar el cuidado prenatal, los métodos anticonceptivos y promover la salud sexual.

Con referencia a dicha tendencia al embarazo a temprana edad, Singh & Wulf (1990) indican que en los países en vía de desarrollo, si bien la mayor parte de la procreación se da dentro del matrimonio o de una unión consensual, las relaciones premaritales son aceptadas culturalmente como una etapa previa a dicha unión, pues el embarazo podría precipitar la unión o matrimonio, en gran medida porque las reglas morales y sociales sancionan negativamente el madresolterismo, pese a la creciente tendencia de la maternidad adolescente como maternidad fuera del matrimonio.

Desde una perspectiva general de lo enunciado hasta aquí sobre el aspecto socio-cultural como factor de importancia en la problemática del embarazo adolescente, sobresalen dos aspectos básicos a tener en cuenta: 1), la interacción del ámbito cognitivo (relacionado con el aprendizaje), lo comportamental (y los diversos discursos con que se construyen los esquemas de vida) y el contexto socio-cultural, determinan las acciones humanas. Así, las personas aprenden nuevos comportamientos viendo a otros comportarse de tal forma en determinadas situaciones sociales. En esta medida, el comportamiento sexual se ve, de alguna forma, condicionado por el entorno.

2.2.2. Factores relacionados con programas y políticas públicas

En el apartado anterior se han esbozado unas líneas generales sobre el enfoque y el objetivo en torno a los cuales se han dirigido regularmente tanto los programas como las políticas públicas relacionadas con la educación sexual y la prevención del embarazo adolescente. En esta dirección, cabe agregar que las políticas públicas que parten del embarazo adolescente como un problema moral, sea el caso de Estados Unidos, se constituyen más bien como mecanismos de intervención bajo el denominado direccionamiento social- *Social Steering* que normalmente está relacionado con procesos de discriminación y segregación debido a su alto contenido ideológico[12].

De acuerdo con Cunningham & Jamieson (2004), este método puede definirse como una acción o un conjunto de acciones a través de las cuales un actor o sistema social es llevado de una posición a otra a través de decisiones intencionales tomadas por la autoridad política (pág. 45).

En palabras de Cherry & Dillon (2014), el *Social Steering* es el mecanismo empleado por las ideologías políticas o económicas para cambiar o defender normas y creencias. De modo que cuando una ideología específica es promovida mediante *Social Steering*, usualmente esta se basa en un conjunto de presupuestos que benefician a un grupo o a una clase específica, por lo general un grupo dominante, sobre el resto de la comunidad, con el propósito de influir

[12] Véase: Thomas (1994); Massey & Denton (1993)

en la vida social y familiar, a lo cual se le denomina política de vida. En el caso del embarazo adolescente, la preocupación del *Social Steering* es sobre el impacto que tienen las decisiones personales tomadas por las adolescentes sobre el bien público (relacionadas con la sexualidad, el comportamiento moral, las obligaciones sociales y familiares). Lo problemático de este tipo de mecanismos a la hora de tratar con la maternidad adolescente es que, como puede deducirse, los intereses y las decisiones de las personas directamente involucradas pueden terminar dejándose de lado (pág. 5).

Teniendo en cuenta esto, las políticas que parten de presupuestos morales terminan por estigmatizar el desarrollo sexual de los adolescentes, limitando así cualquier posibilidad de intervención fructífera en la materia, y resultan siendo contraproducentes.

Otro aspecto por resaltar es que, en la medida en que las condiciones que inciden y determinan el embarazo adolescente varían de país a país, e incluso de ciudad a ciudad, se hace necesario que los programas y políticas públicas para su prevención sean elaborados en consonancia con las características propias del contexto donde se implementarán.

En este sentido toma vigencia la propuesta de Gayet & Solís (2007) de basar las políticas públicas en evidencias científicas que muestren las condiciones reales del entorno a intervenir, y no en “ideas que provienen del sentido común, del manejo incorrecto de indicadores o de una lectura apresurada y no razonada de los resultados científicos” (pág. E50). De esto se colige, necesariamente, como paso fundamental en la elaboración de la

política, la necesidad de elaborar estudios diagnósticos de carácter científico que permitan identificar, caracterizar y escoger adecuadamente las estrategias públicas de intervención.

Asimismo, todo el proceso de elaboración de políticas públicas al respecto ha de desarrollarse de forma incluyente desde el diagnóstico, la formulación, hasta la evaluación, con la participación de todos los sectores involucrados en el tema implicado (educación, empleo, sistemas de salud, etc.). Ríos (2008) lo pone en estos términos:

> Es fundamental que en el discurso de la promoción de la salud y de la generación de políticas públicas saludables, las acciones no se circunscriban a las redes de servicios de salud sino que involucren a la totalidad del tejido social, de los actores estatales y no estatales, gubernamentales y no gubernamentales […], con énfasis en el abordaje intersectorial y en la participación social (pág. 355)

Así, se requieren esfuerzos compartidos entre las familias y sus miembros, las organizaciones sociales, y los organismos de salud y de educación, para poder obtener "acciones de promoción de salud que favorezcan la conducta sexual responsable [y] que pretendan disminuir el embarazo" durante la adolescencia (Martín, L. y Reyes, Z., 2003, pág. 186).

2.2.3. Aspectos biológicos

Usualmente se relaciona el embarazo en la adolescencia con un mayor riesgo para la madre y el hijo, riesgo que se traduce en hipertensión durante el embarazo y de agravarse, en eclampsia, es decir ataque de convulsiones y coma, con riesgo de muerte; parto prematuro; mayor incidencia de anemia o infecciones, entre otros riesgos de salud, además de dificultades para dar a luz debido a la falta de desarrollo de la pelvis en las adolescentes más jóvenes (cuyas causas con más bien propias de la infancia, v.gr. el raquitismo). Asimismo, el recién nacido de madre adolescente tiene menor peso al nacer y mayores dificultades para crecer sano.

Sin embargo, la mayoría de estudios recientes han mostrado que por sí misma, la edad no es un factor de riesgo biológico para la madre y el hijo, pues por lo regular estos casos se dan como consecuencia de que las adolescentes embarazadas reciben muy poco o ningún tipo de cuidado prenatal (Sulaiman, S., Othman, S., Razali, N., & Hassan, J. , 2013). Además, como lo señala Coll (2001) estos riesgos o complicaciones no derivan de la madurez física de la adolescente, sino más bien de su comportamiento, pues “la mayoría de las adolescentes embarazadas llegan al primer control ya entrada la segunda mitad de su embarazo” (pág. 427).

Merced de este control prenatal, ejercido de manera temprana y por personal idóneo en la atención del embarazo adolescente, es posible corregir a tiempo todos aquellos factores de

riesgo ya mencionados, sumados a la mala alimentación (en calidad y/o cantidad) y la desnutrición de las adolescentes (debidas a sus hábitos, a las pautas culturales de la comida rápida o a la pobreza) que conllevan riesgos de retardo en crecimiento intrauterino, malformaciones del hijo, y complicaciones de enfermedades preexistentes, además de la intervención oportuna de factores socioculturales que inciden sobre la adolescente, todo ello desde la accesibilidad a los servicios de salud (Coll, 2001, pág. 427)

Tal comportamiento obedece más a las dudas, al miedo y al temor por las reacciones de sus familias ante un embarazo inesperado, más que a una actitud deliberada de descuido por parte de las adolescentes. Temor fundado en la obligación de abortar, abandonar la escuela o el colegio o perder una relación sentimental, frente a lo cual esperan a que el embarazo sea lo suficientemente evidente para comunicarlo, muchas veces desconociendo los cuidados del control prenatal.

Así, en realidad, el riesgo de complicaciones obstétricas no es mucho mayor en mujeres adolescentes que en mujeres adultas. De manera parecida concluyen Monteiro et al. (2013), con respecto al Trastorno Depresivo Mayor (o MDD, por sus siglas en inglés), cuyos riesgos de padecerlo están mucho más ligados a las condiciones socio-económicas, la falta de apoyo por parte de la pareja o a episodios de violencia, entre otros de este tipo, que por la condición misma de la adolescencia. A pesar de esto, las estadísticas de muertes de madres adolescentes siguen siendo bastante altas: más de un millón de niños y casi 70.000 madres adolescentes mueren cada año en países en vía de desarrollo (Cherry, A. & Dillon, M., 2014, pág. 22).

Entonces, dadas las condiciones científicas, queda abierto el interrogante de ¿Por qué las estadísticas de muertes asociadas al embarazo adolescente siguen siendo tan altas? En efecto, la falta de cuidado durante la gestación, las condiciones de nutrición y la falta de atención a la madre explican en parte la situación (Stern, 1997).

Sin embargo, desde otra perspectiva, el problema radica en la ausencia de servicios de salud incluyentes y preferenciales que ofrezcan y aseguren su acceso a todos los estratos económicos, y que sea promovido por políticas gubernamentales (Pantelides, 2004). A esto se suman las prácticas inseguras, además de ilegales, de aborto inducido. Debido a las restricciones legales, una gran cantidad de abortos inseguros se realizan a diario, produciendo daños físicos y psicológicos en las jóvenes madres, e incluso la muerte. Aproximadamente, entre 19 y 20 millones de abortos son realizados de forma insegura cada año, de los cuales el 97% son realizados en África y Suramérica. De éstos, alrededor de 4 millones son practicados a mujeres menores de 20 años (RHRC, 2010; citado en (Cherry, A. & Dillon, M., 2014, pág. 23)).

Como se mencionó líneas atrás, una de las primeras ideas que asalta a las adolescentes ante el hecho de saberse embarazadas es la inminencia del aborto, ya sea por imposición o como única salida para salirse del problema, la mayoría de las veces ignorando por completo en qué consiste dicho procedimiento y los riesgos que este implica para su salud y su vida. Así, muchas adolescentes embarazadas son presionadas y obligadas por su pareja o por sus padres

a practicarse un aborto inducido, cuya calidad y seguridad depende asimismo de los factores socioeconómicos antes mencionados.

Y es que en casi todos los países de Latinoamérica se trata de un procedimiento ilegal, salvo determinadas situaciones que implique alto riesgo para la vida de la madre o de malformación congénita del feto, y por lo tanto, sujeta además a una serie de posibles complicaciones y consecuencias directas que muchas veces terminan en la muerte de la madre, sin contar con el daño psicológico incalculable que esto puede ocasionar, tal y como lo referencia Coll (2001) al indicar el altísimo índice de la mortalidad materna por complicaciones del aborto en la mayoría de los países, "cuyas cifras no contemplan todas aquellas adolescentes que tuvieron complicaciones más o menos graves, pero sobrevivieron*"*(pág. 429).

2. Estado del arte

Partiendo de lo más general a lo particular, en el presente apartado se hará una revisión bibliográfica de los estudios más representativos realizados en los años recientes sobre la problemática del embarazo en adolescentes, tanto en España como en varios países de Latinoamérica, hasta llegar al contexto colombiano.

2.1. España

Como resultado de las conclusiones derivadas de las encuestas realizadas sobre los comportamientos y hábitos sexuales de los adolescentes españoles, el **"**Manual de salud reproductiva en la adolescencia**"** (Buil, Carlos et al., 2001) se propone dos objetivos fundamentales: 1) prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y 2) promover la salud y la mejora en la calidad de vida de los jóvenes a través de una efectiva educación sexual basada en los conocimientos científicos que recoge la obra referentes a todos los aspectos, tanto biológicos, sociales, psicológicos, y culturales que definen y determinan a los jóvenes.

En el marco de dicha obra se encuentra el capítulo **"**Embarazo en la adolescencia**"** (Lete, Iñaki. et al., 2001) para el caso de España. Basándose en las estadísticas del país sobre el tema, los autores concuerdan en muchos de los postulados referentes a los determinantes que inciden en la problemática, así como en sus muchas consecuencias. Señalan que por lo general el embarazo adolescente es no planificado y no deseado; en el caso de España el 89% de los embarazos adolescentes son no deseados, lo cual conlleva para las adolescentes más que un problema médico, un problema social que *supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida* (pág. 817).

Basados en los índices de 1994 según los cuales la tasa de embarazo adolescente se mantiene más o menos estable, (12,39 de cada mil mujeres de 15 a 19 años), los autores llaman la atención sobre el incremento de los abortos inducidos, que los autores definen como interrupciones voluntarias del embarazo – IVE- (Lete, Iñaki. et al., 2001, pág. 818).

Entre los factores que inciden en el inicio temprano de las relaciones sexuales y el eventual embarazo adolescente, los autores señalan que el modelo familiar se transmite de padres a hijos, por lo cual las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes.

Llama la atención la no utilización de métodos anticonceptivos, la cual señalan como el verdadero problema del embarazo adolescente, ya sea por falta de educación sexual, por desconocimiento y poca accesibilidad a los métodos disponibles, o por ignorancia e inmadurez psicológica de los jóvenes ante los riesgos y las consecuencias de su no utilización. Así, la inadecuada educación e información sexual explicarían en la mayoría de los casos el aumento en los embarazos adolescentes.

Ante la decisión de la joven y/o su familia de continuar con el embarazo, se dan tres alternativas: a) madresolterismo, siendo más posible alcanzar una mayor autosuficiencia económica y un mayor desarrollo sociocultural; b) matrimonio impuesto por los padres, aunque como señalan los autores, la adolescente que no está preparada para ser madre

tampoco lo está para ser esposa, y; c) adopción, la cual puede generar angustia y culpabilidad en la adolescente (Lete, Iñaki. et al., 2001, pág. 830).

Con referencia al aumento en el número de abortos, los autores mencionan que alrededor del 30% de los embarazos adolescentes finalizan en IVE, muchos de los cuales se dan en jóvenes y familias con un mayor nivel cultural y educativo, ello sin contar el subregistro de los abortos, debido a problemas legales, económicos, etc. lo cual supone que el índice sería mayor. Citan los autores que para 1998 España tenía 1.418.641 jóvenes de 15 a 19 años, con una tasa de aborto de 4,17 por mil, es decir, 6.000 IVE (Lete, Iñaki. et al., 2001, pág. 831).

Asociado al aborto, los autores mencionan la falta de recursos económicos para afrontar los gastos derivados de éste como otro factor que incide en las complicaciones, dado que el 99% de los abortos voluntarios se realizan en la red privada y el gasto medio de interrupciones voluntarias del embarazo- IVE del primer trimestre ronda las 30.000-40.000 pesetas. Si el aborto se realiza en el segundo trimestre este costo se dispara, llegando a las 250.000 pesetas que puede costar una IVE en la semana 20 de embarazo. Citan finalmente los autores que "desde el punto de vista físico y psicológico, el aborto produce menos trastornos en la adolescente que la continuación del embarazo o la adopción" (Lete, Iñaki. et al., 2001, pág. 832).

Una década más tarde es publicado el estudio **"**Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España**"** (Delgado, Margarita, 2011) el cual es elaborado a partir de una

encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas de España (CIS) a 9.700 mujeres desde los 15 años. El estudio pretende dos objetivos básicos que son:

1) analizar los perfiles de las mujeres que fueron madres en su adolescencia y compararlos con los de sus coetáneas que no lo fueron en dicha etapa y las que lo fueron posteriormente, para analizar las diferencias entre grupos de generaciones y observar algunos de los determinantes de ese acontecimiento, así como las consecuencias para su futuro; y, 2) analizar los patrones en el uso de anticonceptivos de las mujeres españolas en edad de procrear, trazando sus perfiles en función del tipo de anticonceptivo utilizado (pág. 13).

Al analizar los datos, los autores concluyen que la maternidad adolescente anticipa y precipita hechos trascendentales en la vida de las adolescentes, tales como la emancipación, el emparejamiento y las sucesivas maternidades, a la vez que retrasa su incorporación al mercado laboral, especialmente la obtención de un empleo estable. Asimismo, las jóvenes que han sido madres adolescentes y que en consecuencia habían abandonado los estudios en mayor proporción que sus coetáneas que no lo habían sido, alcanzan niveles educativos más bajos que el resto de mujeres de su generación. En definitiva, "las mujeres que han sido madres precoces, no sólo muestran posiciones desventajosas en materia educativa, sino también respecto a la actividad laboral (…) las cuales, además, suelen persistir a lo largo de la trayectoria vital, configurando una situación de mayor vulnerabilidad de las madres adolescentes frente a sus coetáneas que han sido madres posteriormente*"*. (págs. 220-221).

A lo anterior, los investigadores agregan que existe *la fragilidad de las uniones formadas por las madres adolescentes, debido a que, en buena parte de los casos, tales uniones vienen determinadas por el embarazo y no obedecen a una planificación sino a una situación sobrevenida* (pág. 221).

Al analizar los perfiles de las mujeres por grupos generacionales que tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años de edad, y que en consecuencia tuvieron iguales condiciones respecto al riesgo de un embarazo adolescente, los investigadores subrayan el hecho de haber usado un método anticonceptivo eficaz en su primera relación sexual como determinante último del embarazo adolescente (pág. 223).

En este sentido, concluyen los investigadores al mencionar que, por lo general, la desprotección de las mujeres aumenta a medida que se incrementa la edad. Con la salvedad de aquellas que desean tener un hijo, las mujeres que en menor medida recurren a los anticonceptivos son aquellas con menor nivel de estudios, las casadas, las que conviven en pareja, las que tienen más hijos, las extranjeras y las practicantes de alguna religión, y por consiguiente, están más desprotegidas (pág. 225).

En la misma línea que la investigación precedente se plantea el estudio titulado “Cuando el embarazo no planificado se desea” (Parra, 2012), en el cual la autora aborda los embarazos que son deseados en la adolescencia y, mediante el método etnográfico, realiza una

aproximación a las vivencias de las adolescentes embarazadas en contextos socioeconómicos pobres del Municipio de Las Palmas de Gran Canaria (pág. 181).

Cita la autora que durante 2011 el porcentaje de los nacimientos de madres menores de 20 años en España fue de 17,7% del total, de los cuales el 60% era de jóvenes entre los 19 y 20 años. En el caso de Canarias, los nacimientos de madres hasta de 19 años fueron 230 (de un total de nacimientos de 17.196).

Así mismo señala que, si bien los embarazos de madres menores de 19 años se han reducido en un 60% durante la última década en todas las Comunidades Autónomas, la edad de inicio en las relaciones sexuales es cada vez más temprana, lo cual se relaciona con varios aspectos a tener en cuenta: 1) el uso cada vez más generalizado de métodos anticonceptivos más eficaces; 2) la disminución del número de mujeres de entre 10 y 19 años de edad; 3) el descenso pronunciado en la natalidad desde el año 2009, disminuyéndose el número de nacimientos 3,5%, en el caso de Canarias, ha descendido un 25% en la última década; 4) la edad media de maternidad ha aumentado a 31,4 años desde 1995, mientras que el número medio de hijos por mujer descendió a 1,3511 y; 5) aumento en un 1,3% en el número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en el 2010, lo que en cifras son el 12,72 por mil las mujeres hasta 19 años que interrumpieron voluntariamente su embarazo, en Canarias la tasa es de 10,46 por mil, lo cual ha venido aumentando desde 2001 un 3,18%, dado lo cual, señala la autora, “las cifras de IVE en la adolescencia son similares a las de maternidad, por lo que la mitad de los embarazos no planificados son interrumpidos” (pág. 182).

A pesar de dicha disminución en el número de embarazos adolescentes, la autora coincide en señalar el papel determinante en su incidencia de los factores socioeconómicos, tales como el hecho de pertenecer a áreas menos desarrolladas del país lo cual aumenta el riesgo de embarazo precoz hasta un 40% respecto a las zonas más favorecidas, lo cual va de la mano con el nivel de educación. Así, Canarias es la tercera comunidad con una tasa de riesgo de pobreza más alta (31,1%).

En consonancia con esto, la autora señala que es necesario generalizar la educación sexual y atender las situaciones de desigualdad social que están relacionadas con la problemática del embarazo precoz. Dicha educación ha de estar en consonancia con el análisis de los diversos factores socioculturales concretos, es decir, lo que supone ser mujer adolescente, la erótica y las prácticas anticonceptivas y, en relación a esto lo que significa ser madre, con miras a la prevención de las situaciones de riesgo, entre ellas, el embarazo no planificado y, a partir de allí proyectar planes de vida en los que la maternidad no ocupe un lugar central en su feminidad (pág. 185).

Con respecto a la educación sexual, señala que el 80% de los jóvenes afirma haber recibido bastante información sobre anticoncepción, de los cuales entre el 94 y 97% tiene clara conciencia de los riesgos de embarazos no planificados y el VIH, mientras que el 94,7% en su última relación sexual coital usaron condón para la prevención del embarazo.

Según estos indicadores, parece confirmarse, según plantea la autora, que el problema no estriba en el desconocimiento de los riesgos y la manera de evitarlos, sino más bien en que

éstos son minimizados bajo la perspectiva de invulnerabilidad adolescente. Así, el embarazo es entendido por muchos jóvenes como un accidente o una confirmación del amor, y en la mayoría de los contextos socioculturales más pobres los estereotipos sobre los roles de género inciden en la aceptación de la maternidad adolescente como expresión de un "destino para las mujeres que estaría por encima de otras expectativas educativas, profesionales o laborales" (pág. 199).

2.2 Latinoamérica

A diferencia de España, en el contexto Latinoamericano y del Caribe son mucho más abundantes los diferentes trabajos e investigaciones que se han venido realizando sobre la problemática del embarazo precoz desde finales del siglo pasado en países como Colombia, México, Brasil, Argentina, Chile, y Cuba, entre otros, los cuales han posibilitado la realización de otros tantos estudios más generales y comparativos a nivel regional en años más recientes.

Uno de estos estudios regionales es el titulado "La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe" (Guzmán, 2001), el cual hace un análisis de estos dos aspectos de la salud reproductiva de los adolescentes -embarazo y aborto- a partir de los datos disponibles en las Encuestas Demográficas y de Salud, las Encuestas de Salud Reproductiva regionales, las encuestas específicas de cada país, los censos y las estadísticas vitales en aquellos países con registros confiables. Con respecto a

estas encuestas y al uso de sus resultados, el autor señala que existen insuficiencias en cuanto a la capacidad de los países para implementar programas efectivos con miras a dar respuesta a las crecientes necesidades de la salud reproductiva de los adolescentes, debido, principalmente, a la poca información y análisis, tanto de la situación como de las tendencias de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, así como de los diversos factores que la determinan (pág. 392).

El autor llama la atención sobre el incremento en la percepción de fecundidad adolescente como un problema social, en la medida en que esta produce efectos negativos en las adolescentes, no obstante, continúa el autor, tales efectos o consecuencias "dependerán del contexto particular en que se desarrolle esta situación", coincidiendo entonces con lo planteado por Stern (1995), en cuanto a que más que un problema en sí mismo, el embarazo precoz ha de entenderse en función de las múltiples variables a las que está aparejado, así como a las diversas representaciones y significados asignados según la cultura y el grupo social, las cuales determinan dimensiones diferenciadas para cada sexo en lo referente a la salud sexual y reproductiva (pág. 393).

En esta medida, la fecundidad adolescente incide más en las mujeres que en los hombres, aunque estos inicien su vida sexual más temprano, dado que los indicadores de fecundidad adolescente se suelen calcular principalmente para las mujeres. Así, por ejemplo, en Perú *la maternidad adolescente está presente en una de cada diez mujeres y la paternidad adolescente en apenas uno de cada cincuenta hombres*, a la vez que en Honduras y

Nicaragua, más del 20% de las adolescentes ya son madres, mientras que menos del 4% de los adolescentes son padres, pues los hijos de madres adolescentes son en su mayoría de padres adultos mucho mayores que éstas, por lo que dichos indicadores de fecundidad adolescente en hombres no son exactos (Guzmán, 2001, pág. 394).

Según el autor, estas marcadas diferencias de edad entre las adolescentes y sus compañeros mayores suelen ir asociadas a condiciones de desigualdad y vulnerabilidad de género propias de muchos contextos socioculturales de Latinoamérica, en los cuales es común asignar roles y comportamientos de nupcialidad, sexualidad y reproducción distintos a mujeres y hombres. Bajo dichas condiciones de inequidad las relaciones de poder tienden a ser más desiguales y constituir un factor de riesgo en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, por ejemplo, en las situaciones en que estas no pueden asumir su derecho de exigir el uso del condón en una relación sexual (Guzmán, 2001, págs. 395-396).

Con respecto a los factores que inciden en el aumento de las tasas de fecundidad adolescente, el autor señala en particular las de carácter socioeconómico, es decir, la residencia en zonas rurales, el bajo nivel de educación, la condición de pobreza y el grupo étnico. Agrega, además, que en la medida en que se mejoran las condiciones socioeconómicas los índices de fecundidad adolescente disminuyen fuertemente, por lo que concluye en afirmar que la pobreza es “un factor de riesgo importante, lo que subraya la importancia del contexto socioeconómico en que vive la familia como un factor determinante

tanto para una fecundidad adolescente temprana como posiblemente para una educación más baja" (Guzmán, 2001, pág. 407).

En esta misma línea se inscribe el estudio denominado "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina" (Pantelides, 2004), del cual ya se hizo exposición en el marco teórico y es un referente obligado en cuanto hace un análisis de los aspectos sociales que inciden en la fecundidad y la maternidad adolescente en América Latina. El autor agrupa dichos aspectos en: a) factores macrosociales, es decir, las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente; y b) factores microsociales, más próximos al individuo y relativos a su conducta, sus conocimientos, actitudes y percepciones individuales relativas a los roles de género y la sexualidad, entre los cuales se cuentan el lugar de residencia, la estructura familiar y las personas con quienes interactúa, el acceso a servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual, reproductiva y anticonceptiva (págs.. 13-14)

Con un enfoque similar al precedente, el texto titulado "Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe" (Gómez, Pío. et. al., 2011) se da como un documento de carácter informativo que sintetiza la información disponible hasta el momento sobre la problemática del embarazo precoz en adolescentes menores de 15 años. Según el documento, tanto el embarazo adolescente como el abuso y la violencia sexual, que son solo unas de sus múltiples causas, son en sí mismos

graves problemas de salud pública y de derechos humanos cuyas consecuencias biológicas, psicológicas y sociales para las adolescentes son bastante graves, y que además no han recibido el suficiente seguimiento y análisis en pos de su prevención y el manejo adecuado desde los servicios de atención.

Consecuentemente, los autores hacen hincapié en los condicionantes socio-económicos que inciden en situaciones de vulnerabilidad de las adolescentes menores de 15 años, concretamente en violencia sexual, explotación sexual y en embarazo no deseado o no planeado, todo lo cual conlleva una serie de efectos y consecuencias clínico-epidemiológicas que afectan tanto a la madre como al recién nacido, y que se pueden traducir en morbilidad obstétrica y perinatal, y mortalidad materna y perinatal. Según los autores, esta situación afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más desprotegidos. Diversos factores inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes en menores de 15 años, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas (Gómez, Pío. et. al., 2011, pág. 17).

Con respecto a la incidencia del embarazo precoz, coinciden en afirmar que si bien éste se da en todos los estratos sociales, predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico y la mayor incidencia se da en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo, y en los países en desarrollo (Gómez, Pío. et. al., 2011, pág. 15).

Dado esto, la maternidad precoz se constituye entonces en un problema de carácter social y sanitario, en la medida en que es un indicador de desarrollo y síntoma de una serie de problemas sociales vinculados estrechamente con la pobreza, poca cobertura en educación, inequidad de género, vulneración de los derechos y situaciones familiares adversas, coincidiendo así con lo planteado por Pantelides (2004) sobre los factores macro-sociales y micro-sociales determinantes de la fecundidad adolescente (Gómez, Pío. et. al., 2011, pág. 17).

2.2.1 México

En el caso de México se pueden citar tres referentes que aportan al estudio de la problemática en cuestión: los dos primeros de Claudio Stern (1997 y 2004) y el tercero de Lourdes Campero (2013).

En primer lugar está el ensayo titulado "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", (Stern, 1997) citado ya antes en el marco teórico del presente documento académico. En el ensayo Stern se refiere al embarazo adolescente como un problema social en cuanto atañe a la sociedad en su conjunto y no solamente a las personas y familias involucradas, para lo cual resume los argumentos que generalmente se esgrimen para definirlo como tal, los cuales son: *a) su supuesto incremento; b) su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño; y, d) su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza* (pág. 138).

Según el autor, las causas que inciden en el embarazo adolescente han sido mal comprendidas, pues las condiciones sociales y culturales en las que éste se da son mucho más determinantes que los factores biológicos de las adolescentes, con excepción de las edades más tempranas, en cuanto al riesgo de sus consecuencias negativas para la salud. Dado esto, Stern plantea el interrogante de si las políticas y programas públicos para prevenir el embarazo adolescente deban ser responsabilidad exclusiva del Sector Salud, dada la naturaleza del problema que demanda la participación de otros sectores, como el educativo (Stern, 1997, págs. 138-139).

Plantea entonces que las verdaderas razones por las cuales el embarazo adolescente se ha constituido en un problema social son el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza y la falta de oportunidades para las mujeres; los cambios normativos que han modificado los significados socioculturales asignados a los embarazos tempranos. Este último aspecto atañe al hecho de que conforme han venido cambiando las condiciones socioculturales, se amplían las opciones para las mujeres y se extiende el periodo entre la maduración sexual y la formación de la familia, dejando de ser imperativo el rol asignado a la adolescente de esposa y madre, ante lo cual se hace necesario reforzar la preparación de la población adolescente para la prevención de embarazos no deseados e inconvenientes (Stern, 1997, pág. 142).

En segundo lugar está el artículo “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México” (Stern, 2004), en el cual se analiza, a partir del método etnográfico, cómo diversos

factores socioculturales como la permanencia en la escuela, la educación sexual, las oportunidades y aspiraciones de vida y la existencia de redes familiares y sociales de apoyo de las jóvenes, inciden en la frecuencia de los embarazos durante la adolescencia.

Plantea el autor la necesidad de un nuevo enfoque para aproximarse a la problemática del embarazo adolescente, pues éste requiere ser contextualizado dentro de los procesos de cambio social y cultural propios de los países en vías de desarrollo, al igual que aproximarse más a las vidas concretas de los adolescentes, *a sus creencias, actitudes y valores; a la interacción con quienes los rodean, a sus oportunidades objetivas y sus aspiraciones subjetivas, con el propósito de ser capaces de evaluar sus necesidades*, con el fin de tomar acciones dirigidas a mejorar su salud sexual y reproductiva, basadas en programas y políticas exitosos (Stern, 2004, pág. 130).

Así, pues, hace explícito el objetivo de analizar la relación entre la pobreza y lo que el autor denomina como "vulnerabilidad social", definida como la combinación e interacción de las variables que según la literatura determinan o influyen en los embarazos adolescentes, *lo que "explica" por qué tiende a haber un mayor número de embarazos adolescentes en algunos sectores sociales que en otros* (Stern, 2004, pág. 131).

Dicha vulnerabilidad social no es determinada de manera individual, sino socialmente, comprendiendo las dimensiones económica, social y la cultural, y se manifiesta en los niveles objetivo y subjetivo. Si bien es común asociar la vulnerabilidad social con la pobreza,

aquella puede minimizarse a pesar de ésta, mediante el acceso universal a los servicios básicos de salud, educación básica y seguridad social, y el fortalecimiento de "redes de apoyo social" (Stern, 2004, pág. 131).

Plantea entonces el autor varios niveles de vulnerabilidad social al embarazo temprano en los que los diversos factores sociales actúan por medio de su interacción y acumulación. Así por ejemplo, en el caso de las adolescentes que viven en el seno de familias incompletas, y que son por tanto más vulnerables a tener sexo temprano y a embarazarse que aquellas que viven con ambos padres, se puede afirmar que:

> Ser pobre, además de vivir en una familia incompleta, además de tener muchos hermanos, además de vivir con un padrastro, además de ser mujer en una sociedad patriarcal, además de tener poca educación, además de ser menor de edad; todos estos factores se suman y se conjugan en términos de la vulnerabilidad social para embarazarse siendo joven, por un lado, y por otro, en términos de las consecuencias de este hecho: problemas de salud materna e infantil, nacimientos tempranos, alta fecundidad, obstáculos para remontar la pobreza, etcétera (Stern, 2004, pág. 149).

En consonancia a lo ya dicho, y basado en el análisis de las entrevistas realizadas a las adolescentes embarazadas, el autor concluye que existen varios factores a considerar:

a) La permanencia en la escuela durante la adolescencia y el tener aspiraciones personales más allá de ser esposa y madre constituyen un factor protector; b) Asimismo, la gran importancia de las redes de apoyo confiables y estables que determinan una mayor o menor

vulnerabilidad a embarazarse en la adolescencia. La estabilidad de estas redes se deteriora por factores como el alcoholismo, ausencia, abandono o muerte de uno de los padres, violencia familiar y la migración, mucho más frecuentes en los contextos más pobres y; c) La confianza en la pareja al tener relaciones sexuales sin protección (Stern, 2004, págs. 149-150).

El tercero es el artículo "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas" (Campero, L. et al., 2013) en el que los autores describen el estado de la temática en México. Según citan, los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 indican que la población de 12-19 años de edad representa el 15.6% de la población total del país. (299)

Indican que dada la heterogeneidad de contextos y realidades sociales en los que se da la problemática, caracterizadas por sus propias valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino, los significados atribuidos a la sexualidad y al cuerpo, y demás determinantes sociales asociados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, a los que hay que sumar la exposición a las tecnologías de información y la comunicación masiva y las redes sociales, su intervención bajo una única perspectiva social y de política pública se dificulta.

En esta medida, señalan que por lo general dicha política pública se circunscribe a una educación sexual carente de una visión integral, limitada a la transmisión de conocimientos sobre los aspectos biológicos de la reproducción –muchas veces desactualizada e irrelevante-

y la promoción de la abstinencia sexual, dejando de lado la prevención desde la perspectiva de la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. Dicha información es ineficaz en la medida en que solo se enfoca a mujeres, no hay consenso sobre la edad para definir a la población adolescente, (12-19 o 15-19 años, etc.) y se enfoca a adolescentes casadas o unidas.

2.2.2 Chile

Sobre la problemática del embarazo adolescente, Chile tiene abundantes estudios e investigaciones desarrolladas entre 1990 y 2007, que en un primer momento fueron en su mayoría diagnósticos descriptivos sobre las características sociodemográficas, sociales y culturales de las adolescentes embarazadas, centrados en la investigación de sus comportamientos sexuales, y dirigidos fundamentalmente a la construcción de políticas, programas y acciones gubernamentales. Posterior a esto, desde el año 2000 se realizan sistematizaciones de estos estudios y diagnósticos, tendientes a profundizar en los conceptos de adolescencia y sexualidad con el enfoque de derechos y la importancia de las representaciones y significados del lugar y el rol de los adolescentes en dichas políticas (Dides, Claudia., et al., 2008, pág. 24). En este orden de ideas se pueden citar dos estudios recientes que abordan dicha problemática.

En primer lugar está el artículo “Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política” (Rodríguez, 2005) el cual realiza un análisis de los tres últimos

censos en Chile y plantea que con respecto a la problemática del embarazo adolescente se evidencia:

a) la generalización de un contexto no matrimonial para esta maternidad; b) el efecto protector de la permanencia en la escuela; c) la importancia de los padres de las adolescentes en cuyos hogares reside la mayor parte de las madres adolescentes, y d) la necesidad de programas integrales para reducir los índices de maternidad adolescente (pág. 123).

El autor distingue entre dos patrones reproductivos: el primero, denominado “tradicional”, generalizado hasta la década de los 70s en países con tasas de fecundidad adolescente elevadas y una fecundidad total alta, es decir, que las mujeres que eran madres adolescentes tendían a tener un número elevado de hijos durante su vida, y que persiste en países pobres con pautas de iniciación nupcial temprana y escaso uso de anticonceptivos; el segundo patrón es el de “modernidad reproductiva truncada” emergido a mediados de 1980, caracterizado por una maternidad temprana seguida de control deliberado de la fecundidad, que da como resultado una trayectoria reproductiva final moderada, es decir, dos a tres hijos. Asimismo, este patrón de reproducción actual se distingue del tradicional porque es más proclive a ocurrir al margen de una unión estable (Rodríguez, 2005, pág. 124).

Si bien para 1982 la mayor parte de las madres adolescentes estaba casada, mientras que las madres solteras constituían un 40% del total, para 2002 la dinámica cambió, pues el 55% de las madres declaró ser soltera, mientras que las que convivían superaron a las casadas, las

cuales apenas constituían el 17% de las madres de 15 a 19 años de edad (Rodríguez, 2005, pág. 130).

Como ya se ha mencionado antes, la maternidad conlleva un cambio de estatus para las adolescentes, y dependiendo de si ésta se da en un patrón tradicional, dicho cambio estará asociado con la nupcialidad y la conformación de un nuevo hogar, ya sea en casa de alguno de los padres o independiente de estos. Si la maternidad se da bajo el patrón moderno, dicho cambio constituye un nuevo escenario para las madres adolescentes, ya sea por la ausencia de una pareja con la que conformar una nueva familia con independencia del hogar de origen, ante lo cual han de buscar una fuente de apoyo, que puede ser:

> a) la familia que cobija, cuida, destina tiempo a la crianza y proporciona recursos; b) el Estado que impide la discriminación, provee escuelas, guarderías y servicios de consejería, proporciona subsidios y define garantías, y c) el mercado que ofrece empleo (Rodríguez, 2005, pág. 131).

Por lo general la primera opción es lo más factible, pues la mayoría de las madres adolescentes vive con su familia (o la de su pareja), y más probable en cuanto más precoz es la maternidad.

En cuanto a la deserción escolar asociada a la maternidad adolescente, el autor plantea la dificultad que surge cuando se concluye que ésta es la causa de aquella, es decir, que la maternidad temprana sea la causa de que las adolescentes abandonen la escuela, más cuando

los datos de encuestas especializadas en la región sugieren que en la mayoría de los casos la deserción es previa al embarazo.

En relación a la concomitancia entre embarazo adolescente-deserción escolar, el autor recurre al concepto de “trayectoria educativa” para analizar la interdependencia de los dos hechos, teniendo en cuenta los datos del censo de 2002. El concepto se define por la interrelación de la edad de la adolescente y el curso escolar alcanzado, contando con una trayectoria “normal” según la cual a una determinada edad se haya alcanzado cierto grado escolar, dando así tres categorías de trayectoria educativa para las madres adolescentes hasta los 17 años: rezagada (menos de ocho años de escolaridad), atrasada (ocho o nueve años de escolaridad) y normal (diez o más años de escolaridad).

El resultado difiere significativamente entre madres y no madres, predominando en las primeras la categoría de trayectoria educativa rezagada, que es poca entre las no madres. Dado esto, si a los 17 años una muchacha no ha logrado completar la enseñanza básica hay una alta probabilidad de que sea una desertora. Así, las madres de 17 años, en su gran mayoría, tienen hijos menores de dos años de edad, por lo que se deduce que pudieron haber desertado antes del embarazo. Cuando la trayectoria es atrasada, es difícil llegar a una conclusión tentativa del orden de los acontecimientos, mientras que si la trayectoria es normal, hay una alta posibilidad de que la deserción se deba al embarazo (sólo el 40% de las madres adolescentes de esa edad y trayectoria educativa). De lo anterior el autor deduce dos cosas: a) parece más frecuente el caso de deserción y luego embarazo; b) una trayectoria

educativa “normal” aumenta la probabilidad de permanecer en la escuela después del embarazo. Asimismo, una trayectoria rezagada precede la deserción independientemente de que haya embarazo, mientras que entre las madres de 17 años cuya trayectoria es normal, es más probable que permanezcan en la escuela (Rodríguez, 2005, pág. 139).

En segundo lugar está el “Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile” (Dides, Claudia., et al., 2008), el cual tiene como propósito revisar y analizar la información previa disponible en el país sobre embarazo adolescente, tanto de estudios e investigaciones, como de los censos y las diversas encuestas sobre población, juventud, reproducción y sexualidad.

Al debate sobre el embarazo en la adolescencia como una problemática social, los autores agregan que éste está asociado, además de la pobreza, a la ausencia de derechos sexuales y reproductivos ante situaciones de riesgo de las menores de edad, en la medida en que muchos de los embarazos en la adolescencia no son deseados y son originados, muchas veces, por abusos sexuales (Dides, Claudia., et al., 2008, pág. 24).

Asimismo, plantean que dicha problemática profundiza desigualdades en las relaciones de género, aumentando por ende las situaciones de vulnerabilidad para las madres adolescentes, traducidas en diversas formas de subordinación social derivadas de la acumulación de factores, como se mencionó más atrás en el caso de México, en cuanto mujer, en cuanto joven, en cuanto pobre. Dichas condiciones de vulnerabilidad se acrecientan aún

más dadas las condiciones socioculturales de desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres, dando como resultado que la figura del padre adolescente no esté plenamente constituida en la sociedad e incluso invisibilizada.

Plantean además los autores que más allá de los factores estructurales, el embarazo en la adolescencia comporta graves consecuencias psicológicas para las madres adolescentes, derivadas de las consecuencias biológicas del mismo. Así, *estas se manifiestan a través de problemas de autoimagen corporal y autoestima, pues a los cambios biológicos y físicos propios de la adolescencia se suman los del embarazo, lo que sin duda marca a las jóvenes*. Además, agregan los autores, que *el desarrollo de la identidad se ve interferido de manera importante por el embarazo, por cuanto este acelera la definición de roles, aspecto que no es plenamente percibido y dimensionado en su impacto por parte de las adolescentes embarazadas* (Dides, Claudia., et al., 2008, pág. 29).

2.2.3 Argentina

Basado en una investigación previa realizada entre 2007 y 2008, el artículo “El embarazo adolescente en mujeres de sectores populares: ¿Elección de vida o destino?” (Ávila, 2009), se propone indagar desde la psicología social las significaciones en torno al embarazo adolescente y la maternidad en los contextos socioculturales de las zonas populares de la ciudad de San Luis.

Señala la autora que existe una marcada tendencia en aumento del índice de embarazo en adolescentes, que en 2004 fue del 15,8%, luego en 2005 fue de 16,7%, y en 2006 se registraba el mayor índice de la década, el 17,2% de los 8.416 nacimientos registrados (en toda la provincia), fueron de adolescentes entre 13 y 19 años, y que además se dieron en contextos de pobreza.

Al abordar el concepto de adolescencia señala que éste es definido generalmente como un concepto universal, dejando de lado procesos socioculturales bastante complejos que hacen del mismo una construcción histórico- social, y por tanto variable tanto en el espacio como en el tiempo, es decir, que dentro de una misma cultura puede tener diversos significados y cambiar con el tiempo (Ávila, 2009, pág. 46).

Agrega que la noción de maternidad es muchas veces considerada como un fenómeno natural y no como un hecho de la cultura, y en esta medida se asume que el instinto materno (heredado genéticamente) es lo que guiará a la madre para resolver los problemas relacionados con la crianza de los hijos. En este sentido, la autora distingue entre reproducción (hecho biológico) y la maternidad (hecho cultural) (Ávila, 2009, pág. 47).

Partiendo del análisis de entrevistas a adolescentes habitantes de los sectores de la ciudad que mayor porcentaje de embarazos adolescentes registraron en los años 2005 y 2006, la autora concluye que en algunos casos las adolescentes buscan, eligen y desean ser madres, en gran medida debido a que el contexto en que viven no les ofrece otras opciones de vida,

lo cual, asociado a la pobreza, las hace más vulnerables a un embarazo a temprana edad, como si éste fuera un destino inevitable. En estos contextos de pobreza las adolescentes asumen el embarazo temprano como única opción de vida y, en consecuencia, se hace evidente la ineficacia de las campañas preventivas que se limitan a proveer anticonceptivos. Ante este escenario, la autora plantea que las políticas públicas deben enfocarse en revertir los contextos de pobreza que limitan las posibilidades y opciones de vida diferentes para jóvenes y mujeres (Ávila, 2009, pág. 55).

El artículo titulado “Embarazos en niñas y adolescentes” (Subcomisión de Ética Clínica, 2010) expone que en Argentina entre 2005 y 2010 aumentó en un 19% el índice de muertes de mujeres embarazadas, es decir, 48 muertes por 100.000 embarazos. De esta cifra, el 14% corresponde a niñas adolescentes de entre 10 y 19 años. Agrega además, según datos oficiales, que tres de cada veinte argentinos son hijos de madres adolescentes, es decir, el 15,2% de los nacimientos corresponde a madres menores de 20 años, donde el 0,4% corresponde a menores de 15 años. Con respecto a las cifras oficiales, llama la atención en cuanto a que parto no es igual a embarazo, pues las estadísticas no suelen incluir el número de abortos sin registro en el país (Subcomisión de Ética Clínica, 2010, pág. 562).

En los casos de las menores de 15 años, se plantea que cada año en Argentina cerca de 3000 niñas entre 9 y 14 años de edad son víctimas de abuso sexual, incesto y embarazadas, cifra que se agrava si se tiene en cuenta que el 80% de los padres de hijos de estas

adolescentes las superan en edad por lo menos diez años e incluso una cuarta parte, lo hace en al menos veinte años.

De esta manera, el artículo señala la gran influencia de los modelos familiares en la adquisición de patrones de conducta relacionados con la salud reproductiva. En este sentido, las adolescentes en condiciones de vulnerabilidad por factores como la falta de atención, contención y afecto, abandono, marginalidad y maltrato, tienden a buscar por fuera del hogar un lazo afectivo que les dé alguna razón para estar vivas, y un hijo es la opción más común. No obstante, llama la atención en cuanto la gravedad de la problemática no reside en el hecho del embarazo adolescente, sino más bien en la maternidad adolescente, es decir, en lo que se colige de la crianza de un hijo, pues las adolescentes tienen que habérselas con el deber de hacerse cargo cuando aún no han completado ellas mismas su propio crecimiento. En esta medida, y coincidiendo con aspectos ya antes mencionados, la maternidad es un rol de la edad adulta, por lo que las niñas y adolescentes suelen tener dificultades para diferenciarse del bebé, llegando incluso la mayoría de las veces a descuidar o maltratar al hijo. En la medida en que son aún demandantes y que no cuentan con la madurez y las capacidades para criar a un hijo, suelen priorizar sus necesidades sobre las del hijo (Subcomisión de Ética Clínica, 2010, pág. 563).

2.2.4 Colombia

Colombia cuenta con una buena cantidad de estudios e investigaciones sobre los diversos aspectos relacionados con la problemática del embarazo adolescente, que van desde lo biológico y las consecuencias en la salud, -tanto para la madre adolescente como para el recién nacido- y la caracterización sociodemográfica de la población vulnerable, pasando por análisis de los determinantes y causas socioeconómicas y contextuales, hasta estudios comparativos sobre la interacción de estos factores y la dinámicas de las tasas de fecundidad y embarazo, a partir de los datos de las diversas encuestas y censos realizados en el país, así como de datos regionales y locales sobre contextos específicos. Teniendo en cuenta esto, sería difícil dar cuenta de todos y cada uno de dichos estudios, si bien existen algunos que son representativos, por lo cual se dará un repaso de unos cuantos de estos, algunos de los cuales ya han sido referenciados en el planteamiento, la justificación y el marco teórico del presente.

El artículo “Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones” (Posada, 2004) plantea que el inicio de la cada vez más temprana actividad sexual de los adolescentes suele carecer de una información integral que además de tocar los aspectos científicos sobre la sexualidad y la salud reproductiva incluya temas sobre los derechos y responsabilidades correlativos, situación a la cual se suman barreras culturales, morales y religiosas, además de las falencias de la educación formal y no formal (pág. 4).

En esta medida, dependiendo del contexto específico de las adolescentes, la condición socioeconómica y el género determinan la mayor de las veces la forma en que asumen su sexualidad, pues para las adolescentes pobres y de bajo nivel educativo, la adolescencia comporta básicamente una serie de cambios físicos y fisiológicos que inevitablemente las conducirán a la maternidad; mientras que para aquellas de sectores socioeconómicos medios y altos, esta misma etapa, además del tránsito a la adultez, comporta además proceso de formación, aprendizaje y proyectos de vida. Asimismo, las diferencias socioeconómicas se ven también reflejadas en los discursos dirigidos a las adolescentes. Mientras mensajes como la belleza, la moda y el consumo a través del cuerpo femenino son dirigidos particularmente a la población más favorecida, en los contextos más pobres permanecen los estereotipos de género según los cuales la maternidad es la máxima realización femenina. En este sentido, para una gran parte de las adolescentes de los estratos más pobres el embarazo, más que una opción, es el resultado de la falta de opciones de desarrollo personal en todos los sentidos, aun cuando muchas consideren que su embarazo es deseado (Posada, 2004, pág. 6).

Por otro lado, señala que el enfoque biologicista con el que regularmente se han hecho los estudios sobre la problemática, centrados en las consecuencias para la salud y la vida de las madres adolescentes y sus hijos, dificulta la valoración en contexto de los riesgos psicosociales y socioeconómicos que comprometen su socialización el goce de una vida digna y su felicidad, pues en la mayoría de los casos, en cuando deben abandonar la escuela, las adolescentes pierden su grupo de pares, cambian sus escenarios de recreación y su presencia comunitaria, se ven obligadas a alterar su proceso de vida para insertarse

abruptamente en el mundo adulto, ajeno para ellas, debiendo asumir la maternidad (Posada, 2004, pág. 9).

Otro de los estudios obligados en la literatura sobre la problemática en cuestión es el documento “Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida” (Flórez, 2004), el cual además es referenciado en el marco teórico del presente trabajo.

Los patrones de actividad sexual, unión, maternidad en Bogotá y Cali son diferenciales por estrato. Las adolescentes del estrato bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto, lo cual está asociado tanto al pronto inicio de relaciones sexuales como al de las uniones. Aunque la planificación familiar juega un papel importante, su uso empieza después de que han iniciado relaciones sexuales. Esto se basa en la percepción de invulnerabilidad que tienen las adolescentes, en la creencia infundada de efectos secundarios, y en la creencia que no se necesitan métodos de control en la primera relación.

De los determinantes socioeconómicos de los eventos sexuales (inicio de relaciones sexuales, primer embarazo, primer hijo), el conjunto de factores contextuales del hogar son los más importantes, sobresaliendo el papel de la familia -ambiente y supervisión- en el comportamiento reproductivo de las adolescentes. El estudio evidencia el efecto limitado que

sobre el comportamiento de las adolescentes ha tenido la educación sexual que se imparte en los colegios desde 1993.

El documento se propone dar cuenta de los factores determinantes próximos del embarazo adolescente, es decir, actividad sexual, unión, y planificación familiar, tanto en el país, como en los contextos culturales específicos de Bogotá y Cali, para los cuales se identifican y analizan además, los determinantes socioeconómicos individuales y contextuales de la actividad sexual, el embarazo y la fecundidad entre las adolescentes. Para ello se basa en la información secundaria de las Encuestas de Demografía y Salud, en particular de la realizada en el año 2000, como en el análisis de la información primaria recogida por medio de encuestas (Flórez, 2004, págs. 10-11).

En esta dirección los autores exponen que tres tipos de factores influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad, a saber: las políticas y programas gubernamentales mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, planificación familiar, y educación; los factores socioeconómicos macro, es decir, el contexto social cultural en el cual vive el adolescente y; los factores socioeconómicos micro, es decir, las características individuales de la adolescente y del hogar en el cual reside (Flórez, 2004, págs. 13-14).

En cuanto a los determinantes próximos los autores mencionan que tanto en Cali como en Bogotá, una tercera parte de las adolescentes de 13 a 19 años han iniciado relaciones sexuales

(lo cual desmiente la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son comunes en la adolescencia), un 6% ha estado alguna vez unida, y un 7% ha estado alguna vez embarazada (Flórez, 2004, pág. 111).

Asimismo se corrobora que la incidencia de dichos determinantes es altamente diferenciada dependiendo del estrato socioeconómico en las dos ciudades. Así, una mayor proporción de las adolescentes del estrato bajo inicia relaciones sexuales, no usa planificación familiar y métodos anticonceptivos, se une y son madres mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto. El documento sugiere que este comportamiento diferencial está relacionado con las percepciones sobre la maternidad, pues mientras que las adolescentes de estrato alto consideran que ésta debe darse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y de pareja, las adolescentes de estrato bajo la *consideran como una forma de reconocimiento y aceptación social, y un opción de conformar una verdadera familia* (Flórez, 2004, pág. 112).

Se relaciona además con la formulación y realización de proyectos de vida. En esta medida, cuando no se han fijado metas relacionadas con el éxito profesional y laboral, existe más riesgo de embarazo porque las adolescentes encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal, hecho mucho más frecuente en las adolescentes de estrato bajo, dadas las condiciones socioeconómicas (Flórez, 2004, pág. 115).

Mucho más reciente, y asociada a la anterior, es la investigación “Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia” (Flórez & & Soto, 2013), se propone identificar y analizar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de un embarazo a temprana edad, los factores protectores que disminuyen dicha probabilidad, y hacer un perfil de las mujeres adolescentes que alguna vez han estado embarazadas. Para ello, la investigación tomó como fuente las Encuestas de Demografía y Salud (ENDS) de 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010.

Señalan las autoras que el país registra un aumento en el índice de embarazo en adolescentes pese a que se han dado avances positivos en cuanto a sus determinantes, tales como mayor cobertura a la población en los niveles educativos de primaria y secundaria, mayor cobertura del sistema de salud, mayor uso de métodos anticonceptivos, y mejores indicadores sociales de los hogares (Flórez & & Soto, 2013, pág. 10)

Así, ante el poco e inapropiado uso de los métodos anticonceptivos, el poco efecto de los programas en educación sexual y la incidencia de factores psicosociales y socioculturales, la investigación retoma entonces los determinantes del embarazo adolescente ya mencionados y los asocia a dichos factores individuales (psicosociales, socioculturales, socioeconómicos), interpersonales (hogar, de los pares) y contextuales (comunidad y política social), los cuales a su vez se relacionan con los determinantes próximos de la fecundidad, es decir, el inicio de relaciones sexuales y la unión, el uso de métodos anticonceptivos, y aborto, principalmente, así como con los factores macro y microsociales mencionados con anterioridad. Dichos

factores se pueden agrupar en factores protectores (que disminuyen la probabilidad del embarazo) y factores de riesgo (que aumentan la probabilidad). (Flórez C. V., 2004, pág. 10).

El balance entre unos y otros determina la vulnerabilidad, la cual se define como “la probabilidad de tener un resultado negativo a partir de la exposición de un conjunto de factores de riesgo, debido a la incapacidad de la persona de hacerles frente” (Vargas, E. 2010. Citado en (Flórez & & Soto, 2013, pág. 15).

Según la ENDS de 2010, el 70% de las madres adolescentes estaban o habían estado en unión, lo cual sugiere que la mayor parte de los embarazos tempranos ocurre dentro de las uniones. A partir de estos indicadores las autoras estratifican a las adolescentes para el análisis de los datos según edad (adolescencia temprana y media: 13-16 años, adolescencia tardía: 17-19 años), condición conyugal (alguna vez unida / nunca unida), e inicio de relaciones sexuales (si/no). Esto da como resultado otros tres grupos de adolescentes:

-Las que han iniciado relaciones sexuales,

-Las que han establecido una unión estable (legal o consensual) y,

-Aquellas que han tenido un embarazo (nacido vivo, embarazo actual o pérdida).

La investigación muestra que se da una disociación entre inicio de relaciones sexuales, unión y maternidad, la cual se ha venido ampliando en los últimos 15 años. Asimismo han aumentado las relaciones sexuales y el nacimiento de hijos antes de la unión. Según esto, el número de mujeres embarazadas después de constituida la unión baja de 75% en 1995 a 58%

en 2010, mientras que el porcentaje de embarazadas nunca unidas aumenta de 20% en 1995 a 34% en 2010 (Flórez & & Soto, 2013, pág. 24).

Señalan las autoras que el aumento en la proporción de mujeres que iniciaron relaciones sexuales entre las nunca unidas, y la disminución de la edad de inicio de la actividad sexual implica una ampliación del periodo de exposición al riesgo de embarazo entre las nunca unidas, mientras que el grupo de adolescentes que no ha iniciado relaciones sexuales por lo general se caracteriza por condiciones y factores más favorables (mayor nivel educativo, mayor asistencia escolar, menor migración reciente) (Flórez & & Soto, 2013, pág. 26).

Respecto a la proporción de embarazo adolescente, se encontró que para el año 2010 fue de un 21.1%; el aumento se dio en todos los grupos de edad, pero especialmente en adolescentes entre los 17 y 18 años de edad.

La prevalencia del embarazo adolescente entre el total de adolecentes ha aumentado de 18% a 21% entre 1995 y 2010, y ha disminuido de 62% a 42% entre aquellas expuestas al riesgo de embarazo (con inicio de relaciones sexuales, ya sea unidas o no). Este descenso es más evidente entre las adolescentes nunca unidas con actividades sexuales, mientras que ha permanecido constante entre las alguna vez unidas. El descenso del embarazo adolescente entre las adolescentes expuestas (unidas y no unidas pero sexualmente activas) implica un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en este grupo entre 1995 y 2010. El uso de

métodos modernos aumentó de 63.1% a 87.2% entre las mujeres de 15-19 años actualmente unidas, y de 66.9% a 95.3% entre las no unidas pero sexualmente activas. Lo anterior sugiere que, para disminuir la prevalencia del embarazo entre todas las adolescentes, se requiere disminuir mucho más la prevalencia entre las expuestas al riesgo de embarazo, es decir, aquellas alguna vez unidas y las nunca unidas pero con inicio de relaciones sexuales (Flórez & & Soto, 2013, págs. 29-30).

Concluyen las autoras que el embarazo adolescente disminuye en la medida que aumenta el nivel educativo y la asistencia escolar, los niveles de riqueza del hogar y educativo de la madre, es decir, los factores protectores, lo que confirma la asociación entre embarazo adolescente y la condición socioeconómica y el contexto familiar de la adolescente (Flórez & & Soto, 2013, pág. 34).

Por otro lado, la condición de unida se constituye en un factor de riesgo, además, tanto los factores protectores y de riesgo tienden a ser comunes a ambos grupos, con mayor efecto en las adolescentes más jóvenes que entre las mayores, lo cual plantea ya que las políticas encaminadas a reducir el embarazo adolescente han de enfatizarse en las edades más jóvenes, a la vez que dirigirse a posponer la edad a la primera unión como instrumento para reducir el embarazo en la adolescencia, dado que la condición de unida mostró ser el factor de riesgo más importante (Flórez & & Soto, 2013, pág. 46).

PRIMERA PARTE

CONTEXTO INTERNACIONAL

CAPÍTULO I

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE

1. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO –ODM

Solo hasta hace muy poco la salud sexual y reproductiva y los adolescentes -como sujetos de derechos sexuales y reproductivos- fueron considerados como temas urgentes en la agenda política de cooperación internacional en la lucha por el desarrollo, así como contra las desigualdades sociales, la pobreza y el aumento de la población. Al respecto existen dos hitos concatenados a partir de los cuales se traza el derrotero a seguir, a saber: la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo -CIPD-* (El Cairo, 1994) y su Programa de Acción; y los *Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM-* (Nueva York, 2000).

1.1 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo -CIPD-

Ésta fue una reunión internacional coordinada por la Organización de las Naciones Unidas- ONU en la que participaron delegaciones de 179 Estados para acordar y aprobar un Programa de Acción sobre población y desarrollo para los próximos 20 años, tratando temas relacionados con la población, tales como la inmigración, la salud reproductiva, la mortalidad infantil, los métodos anticonceptivos, la planificación familiar, la educación de las mujeres y su protección de prácticas abortivas inseguras. Dicha conferencia se da a partir del consenso sobre la estrecha interrelación de las cuestiones de población, pobreza, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible, la situación educacional y económica de la mujer, las modalidades de producción y de consumo y el medio ambiente. En esta medida,

el documento final define cuatro metas principales a cumplir para el año 2015, de las cuales los dos últimas atañen a la salud reproductiva:

1. Educación universal: Asegurar la educación primaria para todos e intentar suprimir la diferencia entre las tasas de escolarización de los niños y de las niñas en la enseñanza primaria y secundaria.

2. Reducción de la tasa de mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años: Reducir a menos del 35 por 1000 de nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil y a menos del 45 por 1000 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

3. Reducción de la tasa de mortalidad materna: Disminuir las tasas de mortalidad materna de 1990 a la mitad antes de 2000, y otra vez a la mitad antes de 2015.

4. Acceso a servicios reproductivos y de la salud sexual: Permitir el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la información sobre los métodos anticonceptivos; la atención pre y post-parto; la prevención y el tratamiento adecuado de la infertilidad; la prevención del aborto y la gestión de sus consecuencias; el tratamiento de infecciones de los órganos reproductivos y de las enfermedades de transmisión sexual; la educación y asesoramiento sobre la sexualidad humana, salud reproductiva y la paternidad responsable; servicios específicos de atención al VIH (SIDA), al cáncer de mama, y la disuasión activa contra la mutilación genital femenina (Ablación de clítoris).

El logro de dichos objetivos y metas, teniendo en cuenta muchos de los problemas fundamentales de población, salud, educación y desarrollo a nivel mundial, daría como resultado en ese período y en los años subsiguientes un crecimiento de la población mundial

a niveles inferiores a los de la proyección media de las Naciones Unidas, es decir, una variante baja de 7.100 millones de personas, una variante media de 7.500 millones de personas y una variante alta de 7.800 millones de personas. Estas mismas proyecciones para el año 2050 van de 7.900 millones de personas a una variante media de 9.800 millones y a una variante alta de 11.900 millones de personas (Naciones Unidas, 1994, págs. 5,6).

Así, el documento dedica el capítulo VII al tema de Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, la cual define de la siguiente manera:

> La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no

meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Naciones Unidas, 1994, pág. 37).

Y plantea como objetivos a alcanzar:

a) Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios;

b) Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios;

c) Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales (Naciones Unidas, 1994, pág. 38).

Dicho capítulo trata los siguientes temas:

A. Derechos reproductivos y salud reproductiva,

B. Planificación de la familia,

C. Enfermedades de transmisión sexual y prevención del VIH.

D. Sexualidad humana y relaciones entre los sexos, y

E. Los adolescentes.

Este último literal reconoce a los adolescentes como grupo especialmente vulnerable dadas sus condiciones de riesgo, y objeto de necesidades específicas sobre salud reproductiva, en particular: información y servicios para comprender su sexualidad y protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad, y para alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. Asimismo, se requiere una educación dirigida a los hombres jóvenes sobre equidad y respeto de la libre determinación de las mujeres, y corresponsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación (Naciones Unidas, 1994, pág. 46).

Dado esto, se plantean los siguientes objetivos:

a) Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad;

b) Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes (Naciones Unidas, 1994, pág. 47).

Con respecto a lo anterior, se indica como medida expresa que los servicios de salud no deben limitar el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información sobre educación sexual, enfermedades de transmisión sexual y abusos sexuales, asegurando para ello la salvaguarda de sus derechos a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. Para ello, los Estados deberían eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que lo impidan, y asegurar el acceso universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información al respecto (Naciones Unidas, 1994, pág. 47).

Sin embargo, a pesar de que el Programa de Acción de la ICPD recibió el apoyo de la mayoría de Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas- ONU, no goza de la condición de instrumento jurídico internacional, no es jurídicamente vinculante y sus recomendaciones no son obligatorias. No obstante, todos sus criterios han sido compartidos e incorporados en foros posteriores cuyos informes, documentos y convenios sí poseen dicho carácter, tales como la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing, 1995), y su *Plataforma de Acción* en sus artículos 89 al 99, especialmente el 95 referido a la salud reproductiva (Naciones Unidas, 1996, págs. 35-39) y su seguimiento (Beijing+5) y, en especial, el seguimiento de la Cumbre del Milenio (2000+5) en la cual se reconoció la importancia de la salud sexual y reproductiva como clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.

1.2 Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM

En septiembre del año 2000 la ONU realizó en la ciudad de Nueva York la *Cumbre del Milenio*, para afrontar y poner remedio a los grandes problemas de la humanidad, concernientes a temas como la pobreza, el hambre, la educación, enfermedades, mortalidad materna, medio ambiente, recursos naturales y desarrollo sostenible. Como resultado, los representantes de 189 Estados validaron los compromisos adquiridos en los noventa, como los mencionados previamente, y se firma la *Declaración del Milenio*, la cual plantea 8 objetivos referentes a dichos problemas. Estos objetivos se conocen como los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, u Objetivos del Milenio – ODM-.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Si bien en la primera versión de los ODM se omitió una meta específica dirigida a la salud sexual y reproductiva, expertos y profesionales llamaron la atención en cuanto a que sin mejoras en este ámbito no podrían cumplirse la mayoría de las metas de dichos objetivos,

por lo cual el *Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005* hace la inclusión en términos de:

> g) Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza (Naciones Unidas, 2005, pág. 17).

De manera que el documento de los ODM de 2005 incorporó el tema del *acceso universal a la salud reproductiva* a nivel mundial como meta adicional del Objetivo 5, mejorar la salud materna, así como sus respectivos indicadores para medirla, a saber:

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (75%)

5.1 Tasa de mortalidad materna

5.2 Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado

Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos

5.4 Tasa de fecundidad adolescente

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

No obstante, mientras que el Plan de Acción de la CIPD contemplaba el acceso universal a la salud reproductiva como un derecho humano fundamental, no solo de las mujeres, sino también de los hombres y las parejas, la manera en que están enunciados los cuatro indicadores de los ODM relacionados con el acceso universal a la salud reproductiva no logran dar cuenta de la complejidad y los retos que supone su logro (Jiménez, Maren., et al., 2011, pág. 10).

Así, por ejemplo, la inclusión de la tasa de fecundidad adolescente como un indicador del acceso universal a la salud reproductiva pareciera contradictoria, en la medida en que busca asegurar el ejercicio libre de los derechos reproductivos. Inclusive el Plan de Acción de la CIPD presenta cierta ambigüedad al respecto en cuanto plantea como objetivo “reducir sustancialmente todos los embarazos adolescentes”, mientras la fecundidad de los otros grupos etarios se excluyen de dicho objetivo. La complejidad y la dificultad del logro de dicha meta en relación con la fecundidad adolescente estriba precisamente en sus características y factores determinantes, los cuales se asocian directamente con los avances en otros de los objetivos del Milenio (Jiménez, Maren., et al., 2011, pág. 17).

En el caso de América Latina, tanto dichos factores, como la salud sexual en general, están la mayor de las veces determinados -como ya se ha mencionado párrafos más atrás- por la marcada desigualdad socioeconómica que caracteriza a la región, que además dificulta el acceso a los servicios de salud reproductiva, merced de la ubicación geográfica, la condición

social, étnica y de género, haciendo aún más difícil el cumplimiento de los indicadores para dicha meta, a lo cual se suma las desigualdades que impiden la permanencia y la continuidad en el sistema educativo, la cual es un factor protector contra el riesgo de embarazo adolescente (Jiménez, Maren., et al., 2011, pág. 37).

Según el *Informe de 2015 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Naciones Unidas, 2015) el cual da cuenta del cumplimiento de éstos al término del plazo planteado, si bien se han alcanzado logros significativos en muchas de las metas de los ODM en todo el mundo, siendo la más importante el que más de mil millones de personas salieran de la pobreza extrema, no obstante, el progreso es desigual a través de las regiones y los países, dejando enormes brechas como la persistencia de desigualdades socioeconómicas y la discriminación de género en muchos países del mundo, así como las desigualdades entre los contextos urbanos y rurales, y los índices de muerte de mujeres siguen siendo altos durante el embarazo y por complicaciones de éste. A continuación se citarán los logros de los primeros cinco objetivos, los cuales son los que directa e indirectamente está relacionados con la problemática del embarazo adolescente.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

La meta de los ODM de reducir a la mitad el porcentaje de personas que viven en la pobreza extrema se alcanzó cinco años antes del plazo de 2015. Si para el año 1990 el 47% de la población de las regiones en desarrollo vivían con menos de 1,25 dólares al día, ese porcentaje descendió en 2015 al 14%, es decir que de 1.900 millones de personas que vivían en pobreza extrema en 1990 se redujo a 836 millones en 2015. De estos 836 millones, el 80%

vive en dos regiones, Asia meridional y África subsahariana. Asimismo, se triplicó la cantidad de personas de la clase media trabajadora que vive con más de 4 dólares por día, constituyendo la mitad de la fuerza laboral de las regiones en desarrollo.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Se aumentó hasta el 91% el porcentaje de matriculación en enseñanza primaria en las regiones en desarrollo, reduciendo casi hasta la mitad la cantidad de niños en edad de recibir enseñanza primaria que no asistía a la escuela, al pasar de 100 millones en el año 2000 a casi 57 millones en 2015. Asimismo la tasa de alfabetización de los jóvenes entre 15 y 24 años aumentó globalmente, al pasar de 83% a 91% entre 1990 y 2015 (Naciones Unidas, 2015, pág. 4).

Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer

Aunado a los logros del anterior, aumentó considerablemente el número de niñas que asisten a la escuela, especialmente en las regiones en desarrollo, que además han alcanzado la meta de eliminar la disparidad de géneros en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria. En el caso de Asia meridional, mientras que en 1990 solo 74 niñas se matriculaban en la escuela primaria por cada 100 niños, en 2015 se matriculan 103 niñas por cada 100 niños.

Por otra parte, entre 1990 y 2015 aumentó a 41% el porcentaje de mujeres trabajadoras remuneradas en sectores no agrícolas, a la vez que se redujo en 13 puntos el porcentaje de mujeres con empleos vulnerables, mientras que el empleo vulnerable entre los hombres cayó

en 9 puntos porcentuales. Asimismo, durante los últimos 20 años las mujeres han ganado terreno en la representación parlamentaria en casi el 90% de los 174 países, aunque todavía solo uno de cada cinco parlamentarios es mujer.

Pese a estos avances, las mujeres siguen siendo objeto de discriminación laboral y política, y en consecuencia más vulnerables económicamente por cuanto tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza que los hombres. En el caso de América Latina y el Caribe, la proporción entre mujeres y hombres en hogares pobres aumentó de 108 mujeres por cada 100 hombres en 1997, a 117 mujeres por cada 100 hombres en 2012, a pesar del descenso de las tasas de pobreza de toda la región. Concatenado a esto, a nivel global cerca del 75% de los hombres en edad de trabajar participan de la fuerza laboral, en comparación con solo el 50% de las mujeres en edad de trabajar, las cuales, además, ganan un 24% menos que los hombres. Asimismo, entre los años 2012-2013, las mujeres con educación avanzada tuvieron tasas de desempleo mayores que los hombres con niveles de educación similar, lo cual evidencia que pese a los progresos en este objetivo, hay mucho por hacer por la representación equitativa de los géneros en la toma de decisiones privadas y públicas (Naciones Unidas, 2015, pág. 8).

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Se redujo en más de la mitad la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años, pasando de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015. Así, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a casi 6 millones en 2015 a nivel mundial, triplicándose la tasa de reducción de la mortalidad

de niños menores de 5 años. Sea el caso del África subsahariana, cuya tasa fue más de cinco veces mayor entre 2005 y 2013 que la del período comprendido entre 1990 y 1995.

En este aspecto la vacunación contra el sarampión ha ayudado a disminuir en un 67% la cantidad de casos reportados en todo el mundo, evitando así cerca de 15,6 millones de muertes entre 2000 y 2013, año en el cual cerca del 84% de los niños de todo el mundo recibió al menos una dosis de vacuna contra el sarampión, en comparación con el 73% en el año 2000 (Naciones Unidas, 2015, pág. 5).

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Se redujo en un 45% la tasa de mortalidad materna a nivel mundial, especialmente a partir del año 2000, pasando de 380 a 210 muertes maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos. Regionalmente, los logros más sobresalientes se dieron en Asia meridional y en África subsahariana, cuyas tasas de mortalidad materna disminuyeron en un 64% y 49% respectivamente entre 1990 y 2013. A pesar de estos logros, el número de muertes de mujeres durante el embarazo o debido a complicaciones del parto continúa siendo alto, la mayoría de las cuales se produjeron en regiones en desarrollo en las que la tasa de mortalidad materna es aproximadamente 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas, como África subsahariana y Asia meridional, que en 2013 sumaron el 86% de las 289.000 muertes maternas a nivel mundial. La mayoría de estas muertes son prevenibles si se cuenta con intervenciones sanitarias de atención prenatal durante el embarazo, la asistencia capacitada durante el parto y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto dirigidas a prevenir o manejar sus complicaciones.

Para 2014 aumentó en más del 71% el porcentaje de los nacimientos en todo el mundo atendidos por personal de salud capacitado, mientras que en 1990 lo fue el 59%. Asimismo, en África septentrional incrementó la proporción de mujeres embarazadas que ha recibido cuatro o más visitas prenatales, pasando del 50% al 89% entre 1990 y 2014.

Pese a estos avances, persisten grandes desigualdades regionales en el acceso y uso de servicios de salud reproductiva. Más de uno de cada cuatro bebés y sus madres no tienen acceso a la atención médica esencial durante el parto, como en el caso de la África subsahariana y el Asia meridional que tienen una tasa de cobertura del 52% y las tasas de mortalidad materna y mortalidad de los recién nacidos más altas del mundo. Asimismo, en Asia meridional solo el 36% de las mujeres embarazadas entre los 15 a 49 años recibieron cuatro o más visitas prenatales en 2014, mientras que en América Latina y el Caribe la tasa alcanzó el 97%.

Igualmente, la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en pareja, se incrementó del 55% a nivel mundial en 1990 al 64% en 2015. Este aumento fue particularmente notable en África subsahariana y Asia meridional, cuyas tasas pasaron de 13% a 28% y 39% a 59%, respectivamente (Naciones Unidas, 2015, págs. 6, 39-41).

Por su parte, la tasa de natalidad en adolescentes entre 15 y 19 años disminuyó de 59 nacimientos por cada 1.000 jóvenes en 1990, a 51 nacimientos en 2015. Esta tendencia mundial presenta variaciones entre regiones y países, siendo más sobresaliente en Asia oriental, Asia Meridional y Oceanía. Por el contrario, la tasa se mantiene alta en África

subsahariana con 116 nacimientos por cada 1.000 adolescentes en 2015, siendo el menor progreso de la región desde 1990 (Naciones Unidas, 2015, pág. 42).

El informe concluye que si bien hubo un significativo progreso en las dos metas de disminuir las muertes maternas y asegurar el acceso universal a la salud reproductiva, éste fue insuficiente y ampliamente desigual, además de las muchas y profundas disparidades que afectan a los grupos más vulnerables por su nivel educativo, lugar de residencia, situación económica o su edad, por lo cual falta mucho para cumplir, dejando así una agenda inconclusa, sobre todo en lo concerniente a asegurar a todas las personas el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva integrales (Naciones Unidas, 2015, pág. 43).

1.2.1 América Latina y el Caribe

Según el informe regional sobre el monitoreo de los ODM (CEPAL, 2015), entre 2000 y 2015 América Latina y el Caribe cumplieron varias de sus metas clave, logrando avances significativos en la reducción de la pobreza extrema, el hambre, la desnutrición y la mortalidad infantil y de un mayor acceso al agua potable y a servicios mejorados de saneamiento. No obstante, este progreso ha sido insuficiente en lo relativo a la conclusión universal de la educación primaria, la paridad de género, la reducción de la mortalidad materna, el acceso a servicios de salud reproductiva y la reversión de la pérdida de bosques (pág. 8).

De acuerdo con el informe, la región cumplió el primer ODM, orientado a erradicar la pobreza extrema y el hambre, ya que entre 1990 y 2015 logró reducir en más de la mitad el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar. En torno a 2008, la región había alcanzado el umbral de la reducción a la mitad de los niveles de 1990, y para 2011 el porcentaje de personas que vivían con menos de 1,25 dólares diarios era del 4,6%, una reducción del 63% respecto de los niveles de 1990 (12,6%). Así, según las proyecciones, en 2014 el 28% de la población de América Latina vivía en situación de pobreza. Esta significativa reducción de la pobreza se debió, entre otras, a tasas relativamente altas de crecimiento económico con creación de empleo, el incremento de las transferencias (públicas y privadas, incluidas las pensiones y jubilaciones) y la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral (CEPAL, 2015, pág. 13).

Pese a estos avances, desde 2012 la caída de la pobreza se ha estancado mientras que la indigencia muestra una leve tendencia según la cual alrededor de 71 millones de personas estaban en situación de indigencia en 2014. A esto hay que agregar el hecho de que más del 50% de la población se encuentra aún en condiciones de vulnerabilidad y apenas dispone de capacidad para enfrentar condiciones económicas adversas, pues carecen de ahorros monetarios, acceso a seguridad social o vivienda propia (CEPAL, 2015, pág. 15).

Asimismo, se cumplió la meta de reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre en la región. Según los datos, el porcentaje de personas que pasan hambre ha decrecido desde el 14,7% en el bienio 1990-1992 hasta el 5,5% en el bienio 2014-2016. No obstante, la situación en la región es desigual, pues mientras 16 países han alcanzado ya la

meta, 5 sólo han logrado una reducción de entre el 40% y el 50%) y otros 6 aún presentan este desafío (CEPAL, 2015, pág. 17).

Respecto al segundo ODM, dirigido a lograr la enseñanza primaria universal, la región de América Latina y el Caribe para el año 2000 había alcanzado casi el 94% de escolarización primaria de la población en edad de asistir al sistema educativo, pero se ha mantenido en ese valor, sin alcanzar la universidad propuesta, permaneciendo así aún alrededor de cuatro millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria por fuera del sistema educativo (CEPAL, 2015, pág. 22).

Si bien cerca del 92% de las personas con edades comprendidas entre 15 y 19 años de edad han alcanzado a culminar un ciclo completo de educación primaria, se presentan desigualdades socioeconómicas que hicieron que solo el 85% de los jóvenes con edades entre 15 y 19 años pertenecientes al 20% más pobre de la población culminaran el nivel primario, disminuyendo más al 82% de aquellos que viven en zonas rurales, a lo cual se suma los casos de repetición y deserción en edades tempranas (CEPAL, 2015, págs. 23-24).

Estas desigualdades se manifiestan también en la educación preprimaria y secundaria. Pese al progreso de la cobertura, en 2012, solo el 73% de los jóvenes en edad de asistir al nivel secundario estaban matriculados y el 57,5% de los jóvenes entre 20 y 24 años habían completado el ciclo (CEPAL, 2015, pág. 25).

Sobre el cumplimiento del Objetivo 3, la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, la región cumplió la meta de asegurar el acceso de las niñas a

la educación formal, principalmente secundaria y superior. Asimismo, si bien se dio una mejora de la situación en el mercado laboral y en la toma de decisiones, esto no ha sido suficiente para alcanzar las metas propuestas, pues mantienen una menor participación laboral y reciben salarios inferiores a los de sus compañeros. Así, por ejemplo, el salario promedio de una mujer que vive en zonas urbanas en América Latina es de 87 dólares por cada 100 que gana un hombre bajo el mismo concepto (CEPAL, 2015, págs. 28-30).

En el ámbito político, en 2015 la proporción de mujeres en los parlamentos nacionales ascendió a 27,4%, cerca del umbral establecido para el logro de la meta (30%) (CEPAL, 2015, pág. 32).

También se cumplió el Objetivo 4, ya que la región redujo en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de 5 años al pasar de 54 a 18 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2013. Este avance se debe a la atención primaria con programas de vacunación masiva que permitieron eliminar el sarampión casi por completo a principios de la década de 2000 y que gran parte de los países alcanzarán en 2013 una cobertura de vacunación superior a 90% contra esa enfermedad entre los menores de 1 año, de rehidratación oral, de la lactancia materna y de control de la salud de los niños sanos. A esto se suman los cambios socioeconómicos y demográficos sostenidos, como el aumento de la cobertura de los servicios básicos, el incremento de los niveles educativos de la población, especialmente entre las mujeres, y el descenso de la fecundidad (CEPAL, 2015, pág. 36).

En el marco del quinto ODM, que propuso mejorar la salud materna, la región todavía muestra altos niveles de mortalidad materna y de fecundidad adolescente. En 2013 en

América Latina y el Caribe hubo 85 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, lo que supone una reducción de 39% respecto a 1990, lejos del 75% propuesto. Además, en la región se registran 75,5 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad por cada 1.000 mujeres de esa franja etaria. Con todo, ha habido progresos en la planificación familiar, en la atención prenatal y en la asistencia de partos por personal especializado.

Con respecto al Objetivo 5, sobre la necesidad de reducir la mortalidad materna y mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población, para 2013 ninguna región del mundo había avanzado lo suficiente para cumplir con la reducción en tres cuartas partes de los niveles de mortalidad materna de 1990. En este sentido, en 2013 América Latina y el Caribe presentaba una tasa de mortalidad materna del 85%, es decir, 85 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, equivalentes a una reducción del 39% de los niveles de 1990, mientras que la meta propuesta era del 75%. A esto hay que agregar los altos niveles y escasa reducción de la fecundidad adolescente y la baja cobertura prenatal que presentan algunos países de la región (CEPAL, 2015, pág. 43).

Por otro lado, hay que adicionar que la estrategia esencial para reducir la mortalidad está relacionada con la disponibilidad de una adecuada atención prenatal y el aseguramiento de la asistencia de un profesional de la salud capacitado durante el parto, el cual fue del 92% en 2014, en contraste con 1990, donde solo lo hicieron el 81%. Así, la mayoría de los países han registrado un incremento de sus niveles de atención. Por su parte, la tasa de cobertura de atención prenatal fue alta en relación con otras regiones del mundo, lo que se traduce en que 97% de las mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en 2014 recibieron atención prenatal adecuada al menos una vez durante el embarazo (CEPAL, 2015, págs. 44-45).

No obstante, aunque la mayoría de los países presentan valores por encima del 90%, se considera que una sola consulta es insuficiente, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda como mínimo cuatro visitas durante el periodo prenatal, con el fin de aumentar la probabilidad de recibir intervenciones eficaces que pueden ser vitales para la salud de la madre y del hijo. Este contraste entre los avances en la reducción de la mortalidad materna, por un lado, y los altos índices de atención prenatal y de parto atendido por personal capacitado, por otro, da cuenta de la necesidad de mejorar la calidad de la atención y diseñar acciones que permitan incrementar la eficacia de la cobertura alcanzada. (CEPAL, 2015, pág. 45)

Con respecto al acceso al control de la natalidad como factor incidente para alcanzar la autonomía de las mujeres, el ejercicio de los derechos reproductivos, mejorar la salud reproductiva y prevenir las muertes maternas, especialmente en la población adolescente más pobre, la región está en mora de políticas y acciones específicas dirigidas a reducir las altas tasas de fecundidad en dicha población. En este sentido, y pese a los avances al respecto, dicha población adolescente enfrenta diversas barreras para acceder a anticoncepción de manera universal y oportuna, lo cual se traduce en una tasa de fecundidad adolescente alta -75,5 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad por cada 1.000 mujeres de 15 y 19 años de edad- (CEPAL, 2015, pág. 45).

1.2.2 Colombia

Colombia ratificó lo acordado en la Cumbre del Milenio a través del documento *Conpes Social 91:"Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio–2015"* (Conpes, 2005), el cual fue modificado luego por el *Conpes Social 140* (Conpes, 2011) que incluía los nuevos indicadores y los ajustes realizados a las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados por los ODM.

El Conpes 091 presenta las metas particulares que el país espera alcanzar en 2015, así como las principales estrategias que se requieren implementar o fortalecer para su logro, en consonancia con las metas generales de cada uno de los ODM. Para establecer dichas metas toma como línea de base el año 1990, conforme a lo planteado por los ODM.

Así, en el caso particular del Objetivo 5, Mejorar la salud materna, y cuya meta universal era reducir la mortalidad materna a tres cuartas partes entre 1990 y 2015, el Conpes 091 plantea como metas nacionales:

- Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. Línea de base 1998: 100 por 100.000 nacidos vivos.
- Incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%.

• Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. Línea de base 1990: 76.3% atención institucional del parto; 80.6% atención del parto por personal calificado.

• Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%, y entre la población de 15 a 19 años al 65%. Línea de base 1995: 59% y 38.3 %, respectivamente.

• Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Línea de base 1990: 12.8%.

• Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres. Línea de base 1990: 13 por 100.000 mujeres (Conpes, 2005, págs. 20-21).

Asimismo, el documento define como estrategias dirigidas a alcanzar dichas metas las siguientes:

1. Incrementar progresivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud, promoviendo la focalización de los subsidios a las mujeres gestantes y a las mujeres en edad fértil, tanto en zonas rurales como urbanas.

2. Garantizar el acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio a la población afiliada a la seguridad social en salud y de la población pobre no asegurada, con los estándares de calidad establecidos en las normas vigentes. Esta estrategia va acompañada de mecanismos de comunicación sobre los beneficios del seguro de salud en materia de salud sexual y reproductiva, y la implementación de herramientas para la detección, identificación y atención temprana de alteraciones del embarazo, así como de un mínimo

de intervenciones prioritarias para proteger la salud de las mujeres pobres no aseguradas durante el evento reproductivo.

3. Fortalecer la calidad de los servicios obstétricos disponibles en las diferentes regiones del país.

4. Desarrollar la vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales. Esto va acompañado de la investigación de los determinantes de la mortalidad materna en las diferentes regiones del país.

5. Promover la utilización de métodos anticonceptivos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, haciendo énfasis y adecuando su operación a las características y necesidades de la población adolescente.

6. Incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cérvico-uterina, así como mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento.

7. Fortalecer la vigilancia en salud pública en salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de vigilancia sobre los eventos de interés y sobre el acceso y calidad (Conpes, 2005, págs. 22-24).

Según el documento, estas estrategias tienen inclusión en los planes nacionales y territoriales de desarrollo, al igual que en los programas prioritarios de los Ministerios sectoriales a que compete cada objetivo, gran parte de los cuales para la fecha del documento ya apuntaban en esa dirección (Conpes, 2005, pág. 36).

Por su parte, el Conpes 140 de 2011 modifica el anterior en cuanto incluye nuevos indicadores y ajusta las líneas de base y los indicadores de algunas metas inicialmente adoptados (Conpes, 2011, pág. 2).

Dichos ajustes se hacen a partir de la información disponible sobre el seguimiento a la evolución de los indicadores y las metas propuestas en el Conpes 091, información proveniente del Censo General de Población de 2005 y el II Informe de Seguimiento a los ODM a 2008 (2010), *los cuales reflejan de mejor manera la situación de indicadores como la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez, y que hacen necesario reestimar las metas previstas a partir de las nuevas líneas de base estimadas* (Conpes, 2011, págs. 2-3).

A esto se suma aspectos como la inclusión de nuevos indicadores en los OMD por parte de Naciones Unidas, y el logro anticipado por el país en el cumplimiento de metas como la cobertura bruta en educación básica (preescolar, primaria y secundaria), de vacunación de triple viral, y las relacionadas con la atención institucional del parto, así como grandes avances en el cumplimiento de otros indicadores tales como el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (73%); prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años (87%); la reducción de los casos de mortalidad por malaria (90%).

A ello se agrega, además, la necesidad de reforzar las estrategias para dar cumplimiento a otros indicadores como la cobertura bruta en educación media (65%), años promedio de estudio (población entre 15-24 años) (57%), mortalidad materna (68%), adolescentes que han

sido madres o están en embarazo (0%), mortalidad de cáncer de cuello uterino (57%), porcentaje de personas en pobreza (33%), porcentaje de personas en pobreza extrema (34%) y reducción de hogares urbanos en asentamientos precarios - con respecto a la meta fijada a 2020- (Conpes, 2011, pág. 4).

De acuerdo con lo anterior, los ajustes a los indicadores y metas hechos por el Conpes 140 son incorporados en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para Todos" del Gobierno Nacional, y están en consonancia con su objetivo de reducir las brechas poblacionales y regionales. De esta manera, el documento presenta la situación de cada uno de los ODM *identificando la meta universal y la(s) meta(s) nacional(es) revisada(s) en lo pertinente, acompañadas de los indicadores actualizados para el seguimiento de los progresos, precisando la línea base, la fuente de información y la meta a 2015* (Conpes, 2011, págs. 5-6).

Así, con respecto al Objetivo 5: Mejorar la salud materna, el documento no hace ajuste alguno a las metas nacionales asociadas a la primera meta universal de *reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes a 2015*, contempladas en el Conpes 091, por lo que se mantienen los indicadores conservando la línea de base, fuente y meta a 2015 enunciadas en éste. Si se hace un ajuste a la meta nacional de "*reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino",* asociada a la segunda meta universal de dicho objetivo en cuanto a la fuente, cambiando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS por los datos del Instituto Nacional de Cancerología, a partir de las Estadísticas Vitales del DANE (Conpes, 2011, pág. 16).

Dado esto, según la primera meta universal el Conpes 140 ratifica:

I) Meta Nacional: Reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna.

Indicadores y metas:

1. Reducir a 45 la razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)
2. Aumentar a 90% el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales.
3. Aumentar al 95% el porcentaje de atención institucional del parto.
4. Aumentar al 95% el porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado.

En lo referente a la segunda meta universal, el documento señala que el país logró quebrar la tendencia en el incremento del porcentaje de mujeres entre 15-19 que han sido madres o están en embarazo.

II) Meta Nacional: Aumentar la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Indicadores y metas:

1. Aumentar al 65% la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres adolescentes (15 a 19 años) unidas y no unidas sexualmente activas.
2. Aumentar al 75% la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres actualmente unidas y no unidas sexualmente activas.

3. Mantener por debajo del 15% el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo.
4. Reducir a 6.80 la tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres) (Conpes, 2011, pág. 17).

Asimismo, el Conpes 140 propone adicional a las contempladas en el Conpes 091, una serie de estrategias y líneas de acción dirigidas al logro de las metas de salud materna y la promoción de la salud sexual y reproductiva, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Prevenir el aborto inseguro y garantizar acceso, a la atención integral de las mujeres que soliciten interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el marco de la normatividad vigente.
- Revisar el marco normativo vigente en Salud Sexual y Reproductiva, definir alcances y limitaciones en materia de prestaciones, con el fin de identificar diferencias en la prestación de servicios de Salud Sexual Reproductiva- SSR seguros, especialmente en IVE, con el fin de elaborar propuesta de ajuste.
- Definir Protocolos y Guías para prevención y atención del aborto inseguro, de acuerdo con lo establecido en la Guía Técnica para IVE de la OMS 2003 y sus posteriores desarrollos.
- Propiciar el desarrollo de entrenamiento en servicio para la atención integral en atención post aborto e IVE, de acuerdo con las causales establecidas por la normatividad vigente.

- Realizar acciones de movilización social para la sensibilización a directivos y técnicos sobre barreras de acceso relacionadas con la atención integral en salud sexual y reproductiva, con énfasis en población de adolescentes y jóvenes.
- Desarrollar acciones sostenidas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y el fortalecimiento de las acciones de información, educación y movilización social, en grupos de mayor vulnerabilidad, para la prevención de lesiones y daños en salud sexual y reproductiva, por ciclo vital.

En cuanto a la meta de disminuir mortalidad por cáncer de cuello uterino, el Conpes 140 señala la necesidad de diseñar y ejecutar acciones encaminadas tanto a su prevención como a mejorar su diagnóstico temprano y tratamiento a partir de las citologías cérvico- uterina, así como a garantizar el acceso a dichos diagnósticos y tratamientos oportunos. Asimismo destaca la importancia de fortalecer *las acciones de información, educación y comunicación para lograr una concientización de la sexualidad responsable, así como la difusión de la importancia de la toma y entrega de la citología* (Conpes, 2011, págs. 45-47).

Considerando lo anterior, el balance sobre el cumplimiento de los ODM es bastante positivo, ya que el país logró cumplir, con un año de anticipación, las metas de reducción de la pobreza fijadas para 2015, al lograr reducir la tasa de pobreza al 28,5% y la de pobreza extrema a 8,1%, es decir, la mitad de los niveles al inicio del siglo. Por su parte, los niveles de asistencia en educación primaria superan el 100%. No obstante estos logros y los avances en los otros objetivos, éstos no se han dado de manera homogénea, y persisten diferencias marcadas en su cumplimiento a nivel regional y étnico, especialmente en el cumplimiento de

las metas planteadas con respecto a reducir la mortalidad materna y el embarazo adolescente (PNUD, 2015, págs. 9-10).

El país ha tenido grandes avances en la reducción de la pobreza y de pobreza extrema, pues entre 2002 y 2014 la tasa de incidencia de la pobreza monetaria se redujo del 50% hasta el 28,5%, lo cual significa que en los últimos 11 años cerca de 6.7 millones de colombianos superaron la condición de pobreza, y otros 3.5 millones salieron de la pobreza extrema, es decir, que esta pasó de 17,7% en 2002 a 8,1% (PNUD, 2015, pág. 15).

Pese a lo anterior, actualmente más de 13 millones de colombianos siguen en condición de pobreza, de los cuales 3,7 millones lo están en pobreza extrema. A esto se agrega las profundas desigualdades entre los territorios y los grupos poblacionales, que da como resultado que 1 de cada 2 colombianos que habita en zonas rurales es pobre, mientras que en las zonas urbanas la cifra se reduce a tan sólo 1 de cada 4 personas, es decir, tasas de pobreza de 41% y 25% respectivamente, siendo Chocó, La Guajira y Cauca los departamentos con pobreza, con tasas superiores al 50% (PNUD, 2015, pág. 16).

Desde el año 2000 el país cuenta con una cobertura bruta del servicio de educación básica que supera al 100%, por lo que el objetivo universalización de la enseñanza básica se logró desde entonces. En este sentido, entre 1992 y 2013 se incrementaron en 1’650.000 los cupos escolares en la educación básica, con lo cual la matrícula total se sitúa en aproximadamente 9 millones. Por su parte, la cobertura bruta de educación media solo fue del 78.1% en 2013, es decir 760.000 matrículas, sin alcanzar la meta establecida del 93% para 2015, para la cual se requería superar el millón de cupos. Esta diferencia prevalece sobre todo en las zonas

rurales, en las cuales factores como, la inseguridad, las condiciones geográficas y falta de transporte son barreras para lograr una mayor cobertura en educación media (PNUD, 2015, págs. 20-21).

En cuanto al Objetivo 3, se destaca la notable participación política de las mujeres en los niveles decisorios a lo largo de los últimos 20 años. Así, para el periodo 2014-2018 casi 1 de cada 4 curules en el Congreso son ocupadas por mujeres, mientras que en el periodo electoral previo (2010-2014) la cifra era ligeramente superior a 1 de cada 6 y a comienzos de la década de los 90’s era 1 de cada 14 (PNUD, 2015, pág. 24).

Asimismo, se dio una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral que ha permitido reducir la brecha de ingresos laborales mensuales promedio en veintiún (21) puntos porcentuales en 2014 con respecto a los hombres, siendo la meta del objetivo de reducirla hasta los 18 puntos. Pese a estos logros, falta una política de empleo dirigida a la reducción del desempleo en las mujeres que sigue casi duplicando el de los hombres y a mejorar las condiciones laborales de éstas, sobre todo cuando existen aún diferencias salariales del 20% entre hombres y mujeres (PNUD, 2015, pág. 24).

Por otra parte, en el país se registraron durante 2014 unos 21.115 forenses por presunto delito sexual, es decir una tasa de 44,30 por cada 100.000 habitantes, lo cual representa un incremento de 376 casos con respecto al año previo. De estos el 85% fueron en mujeres, mayoritariamente en el grupo etario entre los 10 y 14 años de edad.

En el mismo año, la violencia intrafamiliar registró 76 mil denuncias; de las cuales 48.849 (64,33%) correspondieron a violencia de pareja, con una tasa de 125 por cada 100 mil habitantes convirtiéndose una de las más altas de los últimos 9 años. 41.802 de los casos (85%) eran mujeres (PNUD, 2015, pág. 25).

La meta propuesta para el Objetivo 4, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años a 17.47 muertes por cada mil nacidos se cumplió anticipadamente, pues entre 2000 y 2013 la tasa de mortalidad infantil se redujo a menos de la mitad, es decir, en 17.25 muertes por cada mil nacimientos al cierre de 2013, salvando así la vida de 7.000 niños menores de un año. Pese a estos logros, aún mueren anualmente en el país cerca de 8.000 niños menores de un año, de los cuales el 55% registra un peso menor a 2.500 gramos al nacer. Asimismo la mayor parte de estas muertes se da en las zonas rurales, siendo los índices más alarmantes en los departamentos de Amazonas, Chocó y Vaupés, los cuales tienen una alta proporción de población Indígena y afrocolombiana (PNUD, 2015, págs. 28-29).

Para el cumplimiento de este objetivo es necesario entonces, garantizar el acceso universal y de calidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, es decir, atención prenatal, parto, puerperio, del recién nacido, además de planificación familiar, y educación sexual.

En términos generales, la mortalidad materna se redujo en casi la mitad entre 2001 y 2013, es decir, de 709 casos a 364 casos, muy cerca de dar cumplimiento al objetivo de reducir la tasa a 45 muertes por 100 mil nacidos vivos. Así, durante dicho periodo el número de madres fallecidas por cada 100 mil nacimientos se redujo de casi 100 a 55, lo que significa más de 2.600 vidas de mujeres embarazadas. El avance más importante se dio entre 2012 y 2013,

donde la tasa de mortalidad materna se redujo en más de 10 muertes por cada 100 mil nacimientos vivos.

No obstante, y a pesar de los logros alcanzados, aún se mueren aproximadamente cuatrocientas mujeres al año por causas derivadas del embarazo y el parto, con mayor incidencia en las zonas rurales de la región amazónica, la Orinoquía, el Pacífico y la Alta Guajira. A esto hay que sumar el hecho de que el 18% de estas muertes se dio en mujeres adolescentes, es decir, de entre diez (10) y diecinueve (19) años, y otro 24% en mujeres afrocolombianas e indígenas, el 68% estaban en el régimen de seguridad social subsidiado, y el 30% tenían un nivel de educación igual o inferior a primaria, siendo el común denominador las condiciones de pobreza (PNUD, 2015, pág. 33).

Lo anterior confirma la necesidad de intervenir el problema más allá de la cobertura de centros de salud, incluyendo una política integral en educación, generación de empleo y acceso a servicios públicos, aun cuando a nivel general casi la totalidad de los nacimientos se producen con la supervisión de profesionales de salud debidamente capacitados. Asimismo, dicha política debe redoblar los esfuerzos para prevenir el embarazo en adolescentes, pues en 2013 se registraron 6.423 partos de mujeres entre los 10 y 14 años y casi 150 mil de mujeres entre los 15 y 19 años, lo cual representa el 23.5% del total de los nacimientos (PNUD, 2015, pág. 34).

1.2 Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible

Una vez vencido el término para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cual, en términos generales, fue bastante positivo ya que se cumplieron la mayoría de las metas propuestas para 2015, los 193 Estados miembros de la ONU aprueban en septiembre del mismo año la resolución A/70/L.1, mediante la cual adoptan la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, la cual es el plan de acción *en favor de las personas, el planeta y la prosperidad*, propuesto para los siguientes quince años para dar continuidad a la agenda de los ODM y conseguir lo que estos no alcanzaron, reconociendo que si no se logra erradicar la pobreza a nivel mundial no puede haber desarrollo sostenible (Naciones Unidas, 2015b, pág. 1).

Para lograrlo, la agenda plantea los *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, con metas mucho más universales que incluyen temas interconectados para el desarrollo económico sostenible, como la erradicación de la pobreza extrema, la desigualdad y la injusticia, y el cambio climático y la protección del medio ambiente.

Tomando como punto de partida los ODM, la agenda amplía a 17 los objetivos de desarrollo sostenible con 169 metas que se aplicarán a todos los países del mundo, tanto ricos como pobres, a diferencia de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio, que tenían solo 21 metas y estaban dirigidos a los países en desarrollo (Naciones Unidas, 2015b, pág. 6)

Así, pues los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible son:

1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.

2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.

5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.

7: Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.

8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.

9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.

10: Reducir la desigualdad en y entre los países.

11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.

13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.

14: Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.

15: Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.

16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

17: Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015b, pág. 16).

De acuerdo con la agenda, conciernen directamente a la problemática del presente trabajo el *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades*, y el *Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*, planteados con las respectivas metas referidas a dicha problemática, van de la siguiente manera:

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos

vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos (Naciones Unidas, 2015b, pág. 18)

Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas

5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas, en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

5.4 Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.

5.5 Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública.

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo –PA-CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

5.a Emprender reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes,

los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales

5.b Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.

5.c Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles (Naciones Unidas, 2015b, págs. 20-21).

Por su parte, Colombia ha incorporado esta agenda en los planes de la actual administración de Juan Manuel Santos Calderón, en el primer plan "Prosperidad para Todos" 2010-2014 y en su segundo periodo como Presidente de la República, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país", con miras al Desarrollo sostenible y alcanzar lo que no se logró de los Objetivos del Milenio.

En el Plan de Desarrollo "Prosperidad para Todos" enmarca la prosperidad como *el sueño de llegar a ser un país con prosperidad para todos: con más empleo, menor pobreza y más seguridad*, el cual esta soportado en ocho grandes pilares que se resumen en: convergencia y desarrollo regional, crecimiento y competitividad, igualdad de oportunidades, consolidación de la paz, innovación, sostenibilidad ambiental, buen gobierno y relevancia internacional. (Presidencia de la República de Colombia, 2010).

Asimismo, define un plan de acción sobre la infancia y la adolescencia bajo dos líneas de acción específica de atención a este público, bajo el concepto "La prosperidad para todos

hace referencia al desafío de generar empleo, reducir la pobreza y brindar seguridad a todos los colombianos". Estos son:

- Diseñar e implementar la estrategia de atención integral a la primera infancia, denominada "Estrategia de cero a siempre", que será liderada por la Presidencia de la República, estará focalizado especialmente en la población más pobre y vulnerable, y contará con estrategias en temas como: el recurso humano y la infraestructura de los centros de atención, los sistema unificado de información y la evaluación de los programas.
- Promover y garantizar la protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: (i) mejorar los programas de nutrición y hábitos saludables, (ii) ejecutar estrategias de capacitación a los padres, agentes educativos y cuidadores, en la comprensión de los niños y jóvenes como sujetos con derechos, (iii) desarrollar estrategias para la prevención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual de menores, (iv) diseñar e implementar estrategias intersectoriales para reducir los embarazos de adolescentes, y (v) implementar y fortalecer la estrategia de prevención y erradicación del trabajo infantil.

El Plan Nacional de Desarrollo "Todos por un nuevo país" 2014-2018 tendría un componente valioso para los ciudadanos colombianos y para la comunidad internacional, se iniciaban los diálogos de paz con los grupos insurgentes al margen de la ley, la guerrilla de las Farc, y el Gobierno comienza a planificar los cambios de esta negociación y posterior Acuerdo de Paz. (Presidencia de la República de Colombia, 2016). El Plan define cinco estrategias transversales que aportan a los 3 pilares de la paz, la equidad 1) Competitividad e Infraestructura Estratégicas; 2) Movilidad Social; 3) Transformación del Campo; 4)

Seguridad, Justicia y Democracia para la Construcción de Paz; y, 5) Buen Gobierno. (Departamento Nacional de Planeación- DNP, 2015).

De esta manera, trazada las líneas estratégicas gubernamentales para lograr la paz en Colombia, se reconoce que la comunidad internacional ha avanzado en el reconocimiento de la paz como un derecho de toda la humanidad. Algunos pasos para alcanzar este propósito incluyen instrumentos jurídicos no vinculantes, como las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 33/73 de 1978, "Declaración sobre la preparación de las sociedades para vivir en paz", y 39/11 de 1984, "Declaración sobre el Derecho de los Pueblos a la Paz". (Departamento Nacional de Planeación- DNP, 2015).

Además, es importante recalcar que, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 trabaja líneas directas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, desarrollados a lo largo de su contenido, tales como: Capítulo III- Colombia equitativa y sin pobreza extrema; Capítulo IV- Colombia la más educada; VIII- Seguridad, justicia y democracia para la construcción de paz, entre otros.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN IBEROAMÉRICA

II. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN IBEROAMÉRICA

La legislación internacional en materia de niñez y familia ha estado siempre ligada a la promulgación y ratificación de los Derechos Humanos, y todo lo que de éstos se colige. Así, a lo largo de todo el siglo XX la mayoría de los Estados han venido suscribiendo una serie de declaraciones, convenios o tratados, convenciones o pactos y protocolos dirigidos a promover, orientar, reconocer y garantizar los derechos de la niñez. Dicha legislación es reconocida e incorporada a las legislaciones de cada Estado a través de sus propias leyes, las cuales, al reconocer los Derechos Humanos, adquieren el carácter de normas supraconstitucionales con prevalencia normativa en el ordenamiento jurídico interno, constituyendo así el denominado *bloque de constitucionalidad*, el cual se caracteriza en el apartado referente a que los Estados se obligan a "garantizar el respeto de los derechos humanos" (artículo 55, Carta de las Naciones Unidas).

Las obligaciones y la aplicación de esta serie de normativas por parte de los Estados dependen de su propia naturaleza jurídica.

En esta medida, las Declaraciones son recomendaciones hechas por la entidad (sea el caso de la ONU), para que los Estados orienten sus políticas y su gestión. No obstante, y aunque no son vinculantes y depende de cada Estado su cumplimiento, por voluntad de los Estados que formaron parte de la Primera Conferencia Mundial sobre la Declaración Universal de los

Derechos Humanos, en 1968, dicha Declaración y los derechos en ella contenidos son de cumplimiento obligatorio.

Así, los convenios o tratados son suscritos bilateralmente por dos Estados con el fin de que se adquieran obligaciones entre éstos. Asimismo, las convenciones o pactos son también tratados, pero se discuten y se firman multilateralmente, es decir, entre varios Estados, y tienen valor jurídico que genera compromisos para éstos.

Concatenados a los anteriores están los protocolos, los cuales existen en tanto dependen, derivan o forman parte de una convención o de un pacto. Tienen la misma obligatoriedad que éstos, pero su ratificación es independiente. Asimismo pueden ser facultativos, en tanto agregan algo nuevo al tratado principal, o adicionales, en cuanto adicionan, aclaran o explican una materia contenida en dicho tratado.

2.1. Antecedentes normativos

El primer hito histórico en esta dirección data de 1924, año en que la Liga de las Naciones (antecedente de la ONU) y tras la Primera Guerra Mundial, aprueba la *Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño*, la cual establece como derechos de los niños el disponer de medios para su desarrollo material y espiritual; asistencia especial cuando están hambrientos, enfermos, discapacitados o han quedado huérfanos; ser los primeros en recibir

socorro cuando se encuentran en dificultades; libertad contra la explotación económica; y una crianza que les inculque un sentimiento de responsabilidad social.

Posteriormente, en el marco de la II Guerra Mundial, es creado en 1946 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el fin de apoyar a la niñez del continente europeo, víctima de la guerra. Una década más tarde adquiere el estatus de institución permanente para la protección de los derechos de la infancia del mundo.

Dos años después, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba y proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual prescribe mandatos de justicia, derechos e inclusión para todos los seres humanos, incluida la población infantil, especificando en su artículo 25 dice ésta tiene “derecho a cuidados y asistencia especiales”.

Solo hasta 1959 se da un pronunciamiento normativo específico concerniente a la niñez por parte de la ONU, cuando ésta aprueba y proclama, a través de la Resolución 1386, la *Declaración de los Derechos del Niño*, que en sus diez artículos (principios) sanciona derechos como la no discriminación, la protección especial y prioritaria en toda circunstancia, tener un nombre y una nacionalidad, acceso a la salud, a la educación, al pleno desarrollo de la personalidad, y protección contra el abandono, la crueldad, la explotación y toda forma de abuso. En este sentido, esta declaración retoma lo enunciado por la Declaración de Ginebra y la Declaración de los Derechos Humanos al reconocer la vulnerabilidad del niño debida a

su falta de madurez física y mental, por lo cual requiere de dicha protección y cuidado especiales.

En 1966 son aprobados el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales ratifican y promueven la protección contra la explotación y el derecho a la educación de los niños. (Ambos Pactos fueron aprobados en Colombia mediante la Ley 74 de 1968).

En 1979 la ONU aprueba la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, cuyo fin es proteger los derechos humanos de las niñas y las mujeres.

2.2. Convención sobre los Derechos del Niño

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba y adopta unánimemente, a través de su Resolución 44/25, la *Convención sobre los Derechos del Niño*, cuya entrada en vigor se dio al año siguiente. (Esta Convención es aprobada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991).

En su artículo 1 define al niño como toda aquella persona menor de 18 años de edad y perfila las normas universales para su atención, tratamiento y protección (Naciones Unidas,

1989, pág. 2). Esta definición coincide entonces con el rango de edad de la población adolescente objeto del presente trabajo.

En esta medida, es el primer instrumento internacional sobre derechos humanos que articula aquellos pertinentes a la infancia, tanto económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, al igual que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos (UNICEF, 2008, pág. 2).

Ratifica asimismo lo enunciado por las Declaraciones y Pactos precedentes en cuanto al derecho de la infancia a la asistencia y cuidados especiales y el papel central de la familia como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños (Naciones Unidas, 1989, págs. 1-2).

Por su carácter jurídico, esta Convención es vinculante, es decir, los 193 Estados que la han ratificado están legalmente obligados a su cumplimiento y a satisfacer los derechos de los niños y niñas estipulados en sus 54 artículos, los cuales se basan en cuatro principios fundamentales: a) la no discriminación, o universalidad, b) la dedicación al interés superior del niño, c) el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, y d) el respeto por los puntos de vista del niño.

a) La no discriminación, o universalidad

Los derechos que la Convención reconoce y garantiza aplican para toda la población de niños y niñas. Así, en el artículo 2, los Estados

> …asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales (UNICEF, 2008, pág. 2).

b) La dedicación al interés superior del niño

El artículo 3 declara que: "En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño" (Naciones Unidas, 1989, pág. 2).

Este principio del "interés superior" exige que los gobiernos examinen el efecto sobre la infancia de toda medida que se emprenda, es decir, en la legislación, las estrategias, las políticas y los programas que apoyan los derechos de la infancia.

c) El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo

En el artículo 6 la Convención declara: "que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida" y que los Estados que la ratifican garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo (Naciones Unidas, 1989, pág. 3).

Este derecho está estrechamente ligado a los derechos al nivel más alto posible de salud, al acceso a los servicios sanitarios y un nivel de vida adecuado, tal y como lo declara el artículo 24. En esta medida, la Convención estipula que los Estados han de adoptar medidas y políticas para:

a) Reducir la mortalidad infantil;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria que sea necesaria;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar la educación sobre los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, especialmente las ventajas de la lactancia materna; y,

f) Desarrollar la atención sanitaria, la orientación, la educación y servicios a los padres en materia de planificación de la familia (Naciones Unidas, 1989, pág. 8).

Para su cumplimiento, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF han liderado programas en pro de la salud y los cuidados perinatales, tanto de los niños como de sus madres, así como de control de enfermedades y el espaciamiento de los embarazos. Asimismo, la educación juega un papel primordial en el desarrollo infantil que parte de la alfabetización de las mujeres.

d) El respeto por los puntos de vista del niño

La Convención les reconoce a los niños el derecho a que se oigan y se respeten sus opiniones en lo concerniente a las cuestiones que les afectan. Así, el artículo 12 declara que los Estados garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el

derecho de expresar su opinión libremente y ser escuchado en todos los asuntos que le afectan, inclusive los judiciales o administrativos (Naciones Unidas, 1989, pág. 4).

Asimismo, la Convención articula muchos otros derechos humanos, tales como la libertad de expresión, que incluye la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, con las restricciones previstas por la legislación (artículo 13), libertad de pensamiento y religión (artículo 14), de asociación y reunión (artículo 15) y el acceso a información, *en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental* (artículo 17) (Naciones Unidas, 1989, págs. 4-5).

2.3 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF

Como se mencionó anteriormente, el *Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF*, es el órgano permanente de la ONU para la protección de los derechos de la infancia, ha sido el principal arquitecto y promotor de los derechos consagrados en la Convención, función que cumple con el enfoque basado en los principios de los Derechos Humanos, regido por cuatro principios básicos: rendición de cuentas, universalidad y no discriminación, indivisibilidad y participación.

- Universalidad: Como ya se dijo, todos los derechos consagrados en la Convención cobijan a todos los niños y niñas, los cuales, como lo sancionan los Derechos Humanos,

nacen con derechos humanos independientemente de su origen étnico, creencias religiosas, ubicación geográfica, género o condición socioeconómica. No obstante, y pese a los marcos jurídicos internacionales y nacionales que ratifican la Convención y los Derechos Humanos, persisten las inequidades de marginación y discriminación sobre grupos sociales cuyos derechos tienen un mayor riesgo de que se conculquen o no se cumplan. En esta medida, dicho enfoque va dirigido prioritariamente a los miembros más vulnerables de los grupos marginados, que por lo general son las mujeres y los niños de los países y regiones más necesitados.

- Rendición de cuentas: De acuerdo con lo anterior, al reconocer a los niños y mujeres como titulares de derechos, los Estados firmantes tienen la obligación de trabajar en favor de los derechos de todos sus ciudadanos, especialmente los más vulnerables, es decir, los niños y las mujeres, quienes deben recibir una protección especial. Asimismo, los ciudadanos y los organismos creados en virtud de tratados pueden evaluar los progresos de los Estados en la aplicación de los derechos consagrados en la Convención y en los Derechos Humanos.

- Indivisibilidad: Según este principio, todos los derechos humanos son indivisibles e interdependientes, que ninguno tiene carácter prioritario sobre los demás. En esta medida, la indivisibilidad aplicada a los derechos relacionados con la personalidad integral del niño implica que se satisfagan sus necesidades físicas, psicológicas, de desarrollo y espirituales. Esto hace que los Estados estén obligados a ir más allá de la atención básica en salud, haciendo hincapié en el desarrollo durante la primera infancia, la continuidad de la atención

de la salud para la madre, el recién nacido y el niño y la creación de un entorno protector para la infancia, así como la cobertura en educación y la protección de la infancia.

- Participación: Bajo este principio el enfoque busca la promoción de la autonomía del individuo y de la comunidad en la planificación, aplicación y evaluación de los programas basados en los derechos humanos que les conciernen (UNICEF, 2008, págs. 12-13).

2.4. Organización Internacional del Trabajo - Convenio 182

En 1999 La Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio No. 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación. El artículo 3 de este documento define dichas formas de trabajo infantil de la siguiente manera:

a) Todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;

b) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;

c) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y

d) El trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños (OIT, 1999, pág. 2).

2.5 Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño

En el año 2000 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos *Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño*: uno sobre la participación de los niños en los conflictos armados y el otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. Ambos Protocolos se centran en temas que los Estados partícipes de la Convención consideraron requería mayor énfasis y compromiso del que quedó planteado en aquella. El primero adquirió carácter jurídicamente vinculante y entró en vigor el 12 de febrero de 2002, el segundo el 18 de enero del mismo año.

2.5.1 Protocolo Facultativo relativo a la participación de los niños en los conflictos armados

El primero, el *Protocolo Facultativo relativo a la participación de los niños en los conflictos armados* parte de lo establecido en el artículo 38 de la Convención en el que se llama a los Estados para que adopten todas las medidas posibles para asegurar que ningún

niño o niña menor de 15 años sea reclutado en las fuerzas armadas ni participe directamente en las hostilidades (UNICEF, 2008, pág. 12).

En esta medida, este Protocolo tiene como objetivo fortalecer la aplicación de la Convención y aumentar la protección de los niños y niñas durante los conflictos armados. Por ello, obliga a los Estados partícipes a adoptar todas las medidas posibles para garantizar que los soldados reclutados voluntariamente y menores de 18 años no participen en combate (artículo 1) -otorgándoles así los mismos derechos y la misma protección que al resto de los niños-, a la vez que prohíbe el reclutamiento obligatorio de menores de 18 años (artículo 2) y obliga a penalizar el reclutamiento de niños menores de 18 años por los grupos rebeldes (artículo 4).

Así, si bien el Protocolo no establece los 18 años como edad mínima para el reclutamiento voluntario en las Fuerzas Armadas, si lo hace en cuanto a su participación directa en un conflicto armado (Naciones Unidas, 2000a, págs. 3-4).

Para 2009, este Protocolo había sido ratificado por 128 países y firmado por otros 28.

2.5.2 Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía

El segundo, el *Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía*, tiene como objetivo 7fortalecer la protección de

los niños y niñas contra estas formas de explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso, entorpecer su educación o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social (Naciones Unidas, 2000b, pág. 1).

Parte de lo estipulado en los artículos 32, 33, y en particular, 34 y 35 de la Convención en los cuales los Estados se comprometen a proteger a los niños y niñas de todas las formas de explotación y abusos sexuales y tomar todas las medidas posibles para impedir su secuestro, venta o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma (Naciones Unidas, 1989, pág. 11).

Toma en consideración la creciente trata internacional de menores con fines de venta, ya sea para su prostitución, su utilización en la pornografía, turismo sexual o el tráfico de órganos, a todo lo cual los niños son vulnerables, especialmente las niñas. A esto se suma su disponibilidad cada vez mayor gracias a Internet y otros medios tecnológicos modernos (Naciones Unidas, 2000b, pág. 1)

Para ello, este Protocolo define en el artículo 3 delitos como "venta de niños", "prostitución infantil" y "pornografía infantil", tipificada en todo el mundo como su producción, distribución, exportación, transmisión, importación, posesión intencional y propaganda, obligando con ello a los Estados a criminalizar y castigar las actividades relacionadas con estos delitos, con castigos no solamente para quienes ofrecen o entregan

niños y niñas, sino también para todo aquel que acepte a un niño o niña para su explotación en cualquiera de las formas mencionadas (Naciones Unidas, 2000b, pág. 3).

Asimismo, establece disposiciones y procedimientos de cooperación internacional en la búsqueda, extradición y enjuiciamiento de las personas culpables de dichos delitos (artículos 4, 5 y 6), así como procedimientos para proteger y asistir a las víctimas infantiles (artículo 8). Igualmente el artículo 9 obliga a los Estados partícipes de la Convención a adoptar, reforzar y aplicar leyes, medidas administrativas, políticas y programas sociales destinados a la prevención de dichos delitos para promover la sensibilización de la opinión pública (Naciones Unidas, 2000b, págs. 4-6).

Para 2009 este Protocolo había sido ratificado por 132 países y firmado por otros 29, lo cual evidencia la preocupación internacional sobre la complejidad de esta problemática.

2.6 Normatividad sobre Infancia y Adolescencia en Iberoamérica

Sobre este aspecto solo se tomarán en consideración los casos de México, Argentina, Chile y Colombia, por ser estos cuatro países sobre los que más se tiene bibliografía sobre la problemática en cuestión. En el caso de Colombia, se dedicará un capítulo aparte páginas más adelante.

2.6.1 México

La protección y defensa de la infancia y la adolescencia en México está definida por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales aprobados y ratificados por este país, y las leyes federales y locales. Entre estos últimos, México ratificó la *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)* en septiembre de 1990, quedando así obligado a cumplir con sus disposiciones y a adoptar diversas medidas para hacer efectivos los derechos reconocidos en ella. Asimismo, ratificó los dos Protocolos Facultativos de dicha Convención, los cuales están explicados en párrafos anteriores, relativos a la participación de niños en conflictos armados, y a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. (UNICEF - México, s.f.).

De esta manera, el marco constitucional mexicano adopta e incorpora en varios de sus artículos los principios enunciados por la Convención Sobre los Derechos del Niño, reconociéndolos por tanto como sujetos titulares de derechos. Así, el sexto párrafo del artículo 4 establece que:

> En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. […] El

Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez". (Cámara de Diputados (Congreso de México), 2016).

Posteriormente y en concordancia con el citado párrafo, en el año 2000 se expide la *Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, cuyo objeto es garantizar a los niños, niñas y adolescentes la tutela y el respeto de sus derechos fundamentales reconocidos en la Constitución y establecer los principios básicos para su garantía y protección. (UNICEF- México, 2010, pág. 21).

En concordancia, el artículo 3 de esta Ley señala que el fin de esta protección es asegurarle a la población objeto un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad. Esta protección se rige por los principios de:

a) Interés superior de la infancia (definido en el Artículo 4);

b) No discriminación por ninguna razón, ni circunstancia (definido en los Artículo 16, 17 y 18);

c) Igualdad;

d) Vivir en familia, como espacio primordial de desarrollo (definido en el Artículo 23).

e) Tener una vida libre de violencia.

f) Corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad.

g) Tutela plena e igualitaria de los derechos humanos y de las garantías constitucionales (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

Asimismo, el artículo 2 define como niños a las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

En esta medida, el Título Segundo enuncia los derechos de niños, niñas y adolescentes y describe su correspondiente aplicabilidad de la siguiente manera:

- *Artículo 14. Derecho de Prioridad:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículo 15. Derecho a la Vida:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida. Se garantizará en la máxima medida posible su supervivencia y su desarrollo (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículos 16-18. Derecho a la No Discriminación:*

Niñas, niños y adolescentes tienen reconocidos sus derechos y no deberá hacerse ningún tipo de discriminación en razón de raza, color, sexo, idioma o lengua, religión; opinión política; origen étnico, nacional o social; posición económica; discapacidad física,

circunstancias de nacimiento o cualquier otra condición no prevista en este artículo. Es deber de las autoridades adoptar las medidas apropiadas para garantizar el goce de su derecho a la igualdad en todas sus formas (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículos 19. Derechos a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psicofísico:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, moral y social (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

En congruencia con este artículo y el número 15, el artículo 20 señala el indiscutible vínculo entre la salud, los hijos y sus madres, las cuales tienen derecho, mientras están embarazadas o lactando, a recibir la atención médica y nutricional necesaria, de conformidad con el derecho a la salud integral de la mujer (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

-*Artículo 21. Derecho a ser Protegido en su integridad, en su libertad, y contra el maltrato y el abuso sexual:*

Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3o. constitucional. Las normas

establecerán las formas de prever y evitar estas conductas. Enunciativamente, se les protegerá cuando se vean afectados por:

A. El descuido, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.

B. La explotación, el uso de drogas y enervantes, el secuestro y la trata.

C. Conflictos armados, desastres naturales, situaciones de refugio o desplazamiento, y acciones de reclutamiento para que participen en conflictos armados (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

-*Artículo 22. Derecho a la Identidad, compuesta a su vez de:*

a) Tener un nombre y los apellidos de los padres desde que nazca y a ser inscrito en el Registro Civil.

b) Tener una nacionalidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución.

c) Conocer su filiación y su origen, salvo en los casos que las leyes lo prohíban.

d) Pertenecer a un grupo cultural y compartir con sus integrantes costumbres, religión, idioma o lengua, sin que esto pueda ser entendido como razón para contrariar ninguno de sus derechos.

Para tal efecto, cada Entidad Federativa podrán disponer lo necesario para que la madre y el padre los registren, sin distinción en virtud de las circunstancias de su nacimiento (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículo 23. Derecho a vivir en Familia:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en familia. La falta de recursos no podrá considerarse motivo suficiente para separarlos de sus padres o de los familiares con los que convivan, ni causa de la pérdida de la patria potestad. […] Se establecerán programas de apoyo a las familias para que esa falta de recursos no sea causa de separación (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículo 28. Derecho a la Salud:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

a) Reducir la mortalidad infantil.

b) Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.

c) Promover la lactancia materna.

d) Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.

e) Fomentar los programas de vacunación.

f) Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.

g) Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.

h) Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.

i) Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.

j) Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículo 32. Derecho a la Educación:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a una educación que respete su dignidad y les prepare para la vida en un espíritu de comprensión, paz y tolerancia en los términos del artículo 3o. de la Constitución (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículos 33 al 35. Derecho al Descanso y al Juego:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho al descanso y al juego, los cuales serán respetados como factores primordiales de su desarrollo y crecimiento; así como a disfrutar de las manifestaciones y actividades culturales y artísticas de su comunidad.

Por ninguna razón ni circunstancia, se les podrá imponer regímenes de vida, estudio, trabajo o reglas de disciplina que impliquen la renuncia o el menoscabo de estos derechos.

Para garantizar la protección de los derechos reconocidos en esta Ley, se reitera la prohibición constitucional de contratar laboralmente a menores de 14 años bajo cualquier circunstancia (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículos 36 y 37. Libertad de Pensamiento y Cultura Propia:*

Niñas, niños y adolescentes gozarán de libertad de pensamiento y conciencia. *Asimismo, aquellos* que pertenezcan a un grupo indígena tienen derecho a disfrutar libremente de su lengua, cultura, usos, costumbres, religión, recursos y formas específicas de organización social (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículo 38. Derecho a Participar:*

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la libertad de expresión; la cual incluye sus opiniones y a ser informado. Dichas libertades se ejercerán sin más límite que lo previsto por la Constitución (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

- *Artículos 44 al 47. Derecho al debido proceso en caso de infracción a la Ley Penal:*

Las normas protegerán a niñas, niños y adolescentes de cualquier injerencia arbitraria o contraria a sus garantías constitucionales o a los derechos reconocidos en esta ley y en los tratados, suscritos por nuestro país, en los términos del artículo 133 Constitucional.

Los procedimientos a los que se someta a un adolescente que presuntamente haya infringido la ley penal, deberán respetar todas las garantías procesales dispuestas en la Constitución.

El adolescente que infrinja las normas administrativas quedará sujeto a la competencia de las instituciones especializadas o de las instituciones equivalentes en la Entidad Federativa en la que se encuentren, las cuales deberán, asistirlo sin desvincularlo de sus familias y sin privarlo de su libertad (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

Con respecto a este último aspecto, el Estado Mexicano realiza también en 2005 la reforma al artículo 18 de la Constitución, mediante la cual se transforma el antiguo sistema tutelar de justicia para menores infractores y sienta las bases para la creación del *"Sistema Integral de Justicia para Adolescentes"* en conflicto con la ley penal, acorde con lo estipulado por la Convención. Esta reforma obliga a todos los estados de la Federación Mexicana y al Distrito Federal a establecer dicho sistema y a crear instituciones, tribunales y autoridades especializados para su aplicación en sus respectivas jurisdicciones.

Este sistema busca que los adolescentes acusados por la comisión de un delito tengan acceso a un juicio justo, con garantía de sus derechos fundamentales y, en caso de que resulten responsables, puedan asumir las consecuencias del acto a través de una medida socio-educativa que promueva su reintegración social y familiar y el pleno desarrollo de su persona y capacidades (UNICEF- México, 2010, pág. 89).

Asimismo, define como "adolescente" a toda persona que tenga entre más de 12 y menos de 18 años de edad, uniformando así las edades mínima y máxima para su aplicación en todo el país, limitando la privación de libertad como último recurso y únicamente frente a conductas delictivas graves, solamente para las personas de entre 14 y 18 años incumplidos, eliminándola para los menores de entre 12 y 14 años incumplidos, mientras que los niños y niñas menores de doce años no son sujetos de este sistema, pues se presume que aún no tienen capacidad jurídica para infringir la ley, por lo que en caso de hacerlo sólo deben ser sujetos de asistencia social. Con ello, en los casos de conductas delictivas no graves, se privilegia la

aplicación de medidas que no impliquen privación de la libertad, como el servicio comunitario, la libertad asistida y la reparación del daño, aplicando para ello medidas como la mediación o la conciliación, que eviten llevar a todos los adolescentes a juicio (UNICEF-México, 2010, págs. 88, 89).

Sin embargo, en la aplicación, dichas leyes carecen de un sistema integrado de registros, datos e información entre las diferentes autoridades, los estados y la Federación mediante alguna autoridad u órgano central encargado de concentrar los datos a escala nacional, llevando cada una de las entidades territoriales sus propios registros, lo cual redunda, la mayor de las veces, en la falta de uniformidad en la información de los datos en relación con el número y la situación de los adolescentes en conflicto con la ley (UNICEF- México, 2010, pág. 86).

Con respecto a la salud materno-infantil, México ha implementado varias estrategias dirigidas a garantizar la salud y la supervivencia de las madres y de sus recién nacidos y, por ende, a reducir los índices de mortalidad de unas y otros.

Es así como en 2002 se implementa el Programa *Arranque Parejo en la Vida* (APV) cuyo principal fin era contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cuatro (4) y cinco (5) garantizándole a las mujeres el acceso a los servicios de salud, en particular los servicios de salud materna y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en el desarrollo sano del recién nacido y la prevención de defectos

al nacimiento, logrando así reducir en casi 10% la mortalidad materna (UNICEF- México, 2010, pág. 26).

Posteriormente, en 2008 se pone en marcha la *Estrategia Embarazo Saludable* por medio de la cual todas las mujeres embarazadas que no tienen seguridad social son afiliadas automáticamente al sistema nacional, garantizándoles así la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio.

De igual forma en 2009 se lanzó la *Estrategia Integral para Disminuir la Mortalidad Materna*, enfocada al cumplimiento del ODM cinco (5). Esta incluye medidas como la atención universal gratuita del embarazo, parto y puerperio en cualquier institución del sector salud, independientemente de si las mujeres son derechohabientes o no, con lo cual se busca reducir el número de muertes perinatales por causas prevenibles. Para este fin se firmó el *Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas* suscrito por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los cuales han de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica (UNICEF- México, 2010, págs. 27-28).

En cuanto a la mortalidad infantil, En 2006 es lanzado el *Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil* (PRONAREMI) el cual tenía por objetivo reducir la tasa

de mortalidad de niños menores de 1 año para 2012 en 25% en relación con la tasa de 2006, y reducir en 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano con respecto a la tasa de 2006. Para ello cuenta entre sus estrategias fortalecer las acciones de vacunación; mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda; promover conductas de alimentación saludable para reducir la prevalencia de desnutrición infantil; campañas de sexualidad responsable entre los adolescentes para reducir la tasa de embarazo precoz, y capacitación al personal médico sobre conceptos básicos necesarios para realizar un diagnóstico oportuno de cáncer en la población pediátrica (UNICEF- México, 2010, pág. 31).

El mismo año es creado el *Seguro Médico para una Nueva Generación* (SMNG), el cual es un seguro voluntario de gastos médicos para los niños nacidos a partir de diciembre de 2006 que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social, y con el que tienen derecho a recibir servicios de medicina preventiva todo tipo de atención médica de manera gratuita, mientras que su familia accede a dicha atención a través de las 255 intervenciones explícitas del Seguro Popular (UNICEF- México, 2010, pág. 31).

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 plantea 15 objetivos para la atención de la infancia y la adolescencia a los cuales van aparejadas 15 estrategias y 35 líneas de acción, con lo cual se busca garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia de acuerdo con el principio de interés superior del niño establecido en la legislación nacional e internacional (Red por los Derechos de la Infancia en México, 2013, pág. 3).

De igual forma, la UNICEF, su Conejo Consultivo y la Red por los Derechos de la Infancia en México -REDIM-, tomando como base las recomendaciones realizadas por el Comité sobre los Derechos del Niño, plantea la *Agenda de la Infancia y la Adolescencia 2014-2018*, entre cuyas propuestas sobresale la creación de un Sistema Integral de Garantía de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes por la vía de una Ley General que reglamente la Política Nacional de Infancia y Adolescencia, articule y coordine a los diferentes sectores y entidades del gobierno responsables de su cumplimiento. Dicho sistema debe contar con algunas características básicas, tales como:

- Sistemas de información confiables, de calidad, con datos desagregados y actualizados que permitan contar con un diagnóstico de la situación de la infancia e identificar las brechas que obstaculizan el cumplimiento universal de sus derechos, así como disponer de mecanismos de monitoreo y evaluación.

- Un presupuesto suficiente, equitativo y transparente que permita la identificación sistemática de los recursos públicos destinados a la Infancia y la Adolescencia.

- Legislación adecuada.

- Institucionalidad-Coordinadora del sistema.

- Sistemas y subsistemas existentes y cada uno de los sectores, incluyendo el sistema de protección especial de derecho.

- Un Plan Nacional para garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia.

-Descentralización y rol de los gobiernos locales.

-Participación de la sociedad civil y de los niños, niñas y adolescentes.

- Mecanismos independientes de derechos humanos (Red por los Derechos de la Infancia en México, 2013, págs. 4, 5).

2.6.2 Chile

2.6.2.1 Legislación chilena sobre Infancia y Adolescencia

El Estado chileno ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño el 14 de agosto de 1990, incorporando así en su bloque constitucional los cuatro principios fundamentales de ésta: el interés superior del niño; la no discriminación; su supervivencia, desarrollo y protección, así como su participación en decisiones que les afecten. De igual forma y posterior a esto ha venido implementando varias acciones legislativas dirigidas a la protección y garantía de los derechos de la infancia y la adolescencia.

Es así como en el año 2000 el Ministerio de Educación promulga la Ley 19.688, de carácter constitucional, la cual modifica la Ley 18.962, en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educativos. Dicha Ley establece entonces que el embarazo y la maternidad no constituirán impedimento para ingresar y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel, los cuales deberán a su vez garantizar las facilidades académicas del caso.

En la misma dirección, en 2003 el Ministerio de Educación sanciona la Ley 19.876, también de carácter constitucional, que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación básica y media, correspondiéndole al Estado su financiación a fin de asegurar el acceso de toda la población. En el caso de la educación media, la cobertura estatal se extenderá hasta cumplir los 21 años de edad.

En cuanto a la violencia y el maltrato infantil, el Ministerio de Justicia ha promulgado consecutivamente una serie de leyes dirigidas tanto a su prevención como a su castigo.

En esta dirección, la Ley 19.927 de 2004 modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento penal y el Código Procesal penal en materia de delitos de pornografía infantil. En esta medida, la Ley eleva a los 14 años la edad mínima para que se estime que un menor consiente válidamente en una relación sexual, y eleva asimismo las penas de los delitos de violación, estupro y abuso sexual, entre otros.

En 2005 promulga la Ley 20.066, denominada Ley de Violencia Intrafamiliar, la cual busca prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma. Concatenada a esta, la Ley 20.286 de 2008 introduce modificaciones orgánicas y procedimentales a la Ley 19.968, crea los Tribunales de Familia y prohíbe el castigo físico y sicológico contra los niños.

Más adelante, la Ley 20.526 de 2011 sanciona como delitos el acoso sexual de menores, la pornografía infantil virtual y la posesión de material pornográfico infantil. De acuerdo con esta ley, se sanciona a quien, para procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, determinare a una persona menor de catorce años a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro o a enviar, entregar o exhibir imágenes o grabaciones de su persona o de otro menor de 14 años de edad, con significación sexual. Se sanciona también cuando los delitos descritos sean cometidos a distancia, mediante cualquier medio electrónico.

En la misma dirección, la Ley 20.685 de 2013 agrava las penas y restringe beneficios penitenciarios en materia de delitos sexuales contra menores de edad. Para ello, implementa mecanismos concretos y precisos que permitan enfrentar la develación de la criminalidad sexual que afecta a niños, niñas y adolescentes en todos los aspectos de interés vinculados con la sanción, persecución y prevención de este tipo de delitos.

De igual forma, la Ley 20.594 de 2012 crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece un registro, de acceso limitado, al que deberán consultar los establecimientos públicos y privados que tengan que contratar personal para trabajar con niños. Tal inhabilidad es perpetua cuando se trate de personas que han cometido delitos sexuales contra menores de 14 años y temporal hasta por 10 años cuando se trate de menores de 14 a 18 años.

Por su parte, el Ministerio del Trabajo ha promulgado varias leyes con respecto al trabajo infantil. Así, la Ley 19.684 de 2000 modifica el Código del Trabajo con el fin de prohibir el trabajo de los menores de 15 años. Asimismo, la Ley 20.001 de 2005 establece que los menores de 18 años y mujeres no podrán llevar, transportar, cargar, arrastrar o empujar manualmente, y sin ayuda mecánica, cargas superiores a los 20 kilogramos.

Posteriormente, la Ley 20.189 de 2007 igualmente modifica el Código del Trabajo en lo relativo a la admisión al empleo de los menores de edad y al cumplimiento de la obligación escolar. Según esta Ley, los menores de 18 años y mayores de 15 podrán celebrar contratos de trabajo sólo para realizar trabajos ligeros que no perjudiquen su salud y desarrollo, siempre que cuenten con autorización expresa de los padres o cuidadores, y acreditando el haber culminado su Educación Media o encontrarse actualmente cursando ésta o la Educación Básica. Asimismo, las labores no deberán dificultar su asistencia regular a clases y su participación en programas educativos o de formación, por lo cual los menores que se encuentren cursando la Enseñanza Básica o Media no podrán desarrollar labores por más de treinta horas semanales durante el período escolar (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2007).

En el mismo sentido, la Ley 20.539 de 2011 prohíbe a los menores de 18 años todo trabajo nocturno en establecimientos industriales y comerciales.

Previamente, el Ministerio de Justicia promulga en 2005 la Ley 20.032 mediante la cual establece el *Sistema de Atención a la Niñez y la Adolescencia* a través de la Red de Colaboradores del Servicio Nacional de Menores -SENAME- y su régimen de subvenciones.

Dos años más tarde, el Ministerio de Educación promulga la Ley 20.162, la cual reforma la Constitución estableciendo la obligatoriedad de la educación parvularia en su segundo nivel de transición. En consecuencia, el Estado está obligado a su promoción, a garantizar su acceso gratuito y a su financiamiento fiscal, sin que éste constituya requisito para el ingreso a la educación básica.

A su vez, el Ministerio de Planificación promulga la Ley 20.379 de 2009, con la cual es creado el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "*Chile Crece Contigo*", el cual tiene como fin acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños y niñas, desde su gestación hasta los 4 años de edad, así como a sus familias.

El Artículo 1 define este sistema como un modelo de gestión que integra las acciones y prestaciones sociales de los distintos organismos del Estado, entendidas como "subsistemas", destinadas a la población más vulnerable socioeconómicamente y que requiere de una acción concertada para acceder a mejores condiciones de vida. Así, el Sistema está integrado por los subsistemas "Chile Solidario" y "Chile Crece Contigo", además de aquellos que sean incorporados acordes con el Sistema.

El objetivo del subsistema “Chile Crece Contigo” está definido en el artículo 9 como:

> acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente (Ministerio de Planificación, 2009).

Acorde con este objetivo, el artículo 11 manifiesta que “Chile Crece Contigo” tiene como eje el programa “Apoyo al Desarrollo Biosicosocial”, que consiste en el acompañamiento y seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los infantes que cumplan los requisitos señalados (Ministerio de Planificación, 2009).

Así, pues, el subsistema garantizará las siguientes prestaciones para los niños y niñas que presentan situaciones de vulnerabilidad:

a) Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad.

b) Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes.

c) Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes.

d) Acceso gratuito a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar.

e) Acceso garantizado al "Chile Solidario" a las familias de niños y niñas en gestación que formen parte de las familias a que se refiere el artículo 1º de la ley Nº 19.949 (Ministerio de Planificación, 2009).

Posteriormente, en 2012 el Ministerio de Desarrollo Social sanciona la Ley 20.595, con la cual crea el *Ingreso Ético Familiar* que establece bonos y transferencias condicionadas para las familias en condiciones de pobreza extrema, y crea, además, el subsidio al empleo de la mujer. Asimismo, crea el Subsistema de Protección y Promoción Social denominado "Seguridades y Oportunidades", que forma parte del Sistema de Protección Social creado por la Ley 20.379 (*Chile Crece Contigo*), destinado igualmente a personas y familias en situación de pobreza extrema, y tiene por objeto brindar seguridades y oportunidades para promover el acceso a mejores condiciones de vida a las personas y familias que participen en él.

En lo concerniente a la Justicia penal adolescente, el Ministerio de Justicia ha sancionado las siguientes leyes sobre la materia:

La Ley 20.084 de 2005, la cual establece un *Sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal*, a la vez que crea un sistema jurídico especializado en adolescentes, a los cuales se reconoce como sujetos de derecho, garantizándoles la aplicación de las normas del debido proceso.

Consecuentemente, el Decreto 1378 de 2006 reglamenta esta Ley y consagra sus principios normativos, redefine funciones del SENAME y establece las Comisiones Interinstitucionales de Supervisión de los Centros Privativos de Libertad de Adolescentes-CISC como mecanismo de supervisión de los adolescentes privados de libertad, en conformidad con la misma Ley.

Al año siguiente, dicha Ley es modificada por la *Ley 20.191 de 2007*, la cual introduce los siguientes cambios:

1) Sustitúyase el artículo 6°, por el siguiente:

"Artículo 6°.- Sanciones. En sustitución de las penas contempladas en el Código Penal y en las leyes complementarias, a las personas condenadas según esta ley sólo se les aplicará la siguiente Escala General de Sanciones Penales para Adolescentes:

a) Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social;

b) Internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social;

c) Libertad asistida especial;

d) Libertad asistida;

e) Prestación de servicios en beneficio de la comunidad;

f) Reparación del daño causado;

g) Multa, y

h) Amonestación.

Penas accesorias:

a) Prohibición de conducción de vehículos motorizados, y

b) Comiso de los objetos, documentos e instrumentos de los delitos según lo dispuesto en el Código Penal, el Código Procesal Penal y las leyes complementarias.".

2) Modificase el artículo 19, en la siguiente forma:

a) Introdúcese el siguiente inciso primero, pasando el actual a ser inciso segundo:

"Artículo 19.- En el caso del numeral 1 del artículo 23, el tribunal sólo podrá imponer complementariamente la sanción de internación en régimen semicerrado, después del segundo año del tiempo de la condena.", y

b) En el actual inciso primero, que pasa a ser segundo, agrégase, entre las palabras "los" y "casos", la expresión "demás".

3) Sustitúyanse los artículos 21, 22 y 23, por los siguientes:

"Artículo 21.- Reglas de determinación de la extensión de las penas. Para establecer la duración de la sanción que deba imponerse con arreglo a la presente ley, el tribunal deberá aplicar, a partir de la pena inferior en un grado al mínimo de los señalados por la ley para el ilícito correspondiente, las reglas previstas en el Párrafo 4 del Título III del Libro I del Código Penal, con excepción de lo dispuesto en el artículo 69 de dicho Código.

Artículo 22.- Aplicación de los límites máximos de las penas privativas de libertad. Si la sanción calculada en la forma dispuesta en el artículo precedente supera los límites máximos dispuestos en el artículo 18, su extensión definitiva deberá ajustarse a dichos límites.

Artículo 23.- Reglas de determinación de la naturaleza de la pena. La determinación de la naturaleza de la pena que deba imponerse a los adolescentes con arreglo a la presente ley, se regirá por las siguientes reglas:

1. Si la extensión de la pena supera los cinco años de privación de libertad, el tribunal deberá aplicar la pena de internación en régimen cerrado con programa de reinserción social.

2. Si la pena va de tres años y un día a cinco años de privación de libertad o si se trata de una pena restrictiva de libertad superior a tres años, el tribunal podrá imponer las penas de internación en régimen cerrado con programa de reinserción social, internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social o libertad asistida especial.

3. Si la pena privativa o restrictiva de libertad se extiende entre quinientos cuarenta y un días y tres años, el tribunal podrá imponer las penas de internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social, libertad asistida en cualquiera de sus formas y prestación de servicios en beneficio de la comunidad.

4. Si la pena privativa o restrictiva de libertad se ubica entre sesenta y uno y quinientos cuarenta días, el tribunal podrá imponer las penas de internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social, libertad asistida en cualquiera de sus formas, prestación de servicios en beneficio de la comunidad o reparación del daño causado.

5. Si la pena es igual o inferior a sesenta días o si no constituye una pena privativa o restrictiva de libertad, el tribunal podrá imponer las penas de prestación de servicios en beneficio de la comunidad, reparación del daño causado, multa o amonestación.

Tabla Demostrativa: Extensión de la sanción y penas aplicables

Desde 5 años y 1 día:

- Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social.

- Internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social.

Desde 3 años y un día a 5 años:

- Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social.
- Internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social.
- Libertad asistida especial.

Desde 541 días a 3 años:

- Internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social.
- Libertad asistida en cualquiera de sus formas.
- Prestación de servicios en beneficio de la comunidad.

Desde 61 a 540 días:

- Internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social.
- Libertad asistida en cualquiera de sus formas.
- Prestación de servicios en beneficio de la comunidad.
- Reparación del daño causado.

Desde 1 a 60 días:

- Prestación de servicios en beneficio de la comunidad.
- Reparación del daño causado.
- Multa.
- Amonestación.

La duración de las sanciones de libertad asistida, libertad asistida especial y prestación de servicios a la comunidad se regirá por lo dispuesto en los artículos 11, 13 y 14 de la presente ley.".

4) Reemplázase, en el artículo 27, la expresión "investigación y juzgamiento" por "investigación, juzgamiento y ejecución".

5) Reemplázase el inciso primero del artículo 31, por el siguiente:

"Artículo 31.- Detención en caso de flagrancia.

Carabineros de Chile y la Policía de Investigaciones, en sus respectivos ámbitos de competencia, deberán poner a los adolescentes que se encuentren en las situaciones previstas en los artículos 129 y 131 del Código Procesal Penal, a disposición del juez de garantía, de manera directa y en el menor tiempo posible, no pudiendo exceder de 24 horas. La audiencia judicial que se celebre gozará de preferencia en su programación. El adolescente sólo podrá declarar ante el fiscal en presencia de un defensor, cuya participación será indispensable en cualquier actuación en que se requiera al adolescente y que exceda de la mera acreditación de su identidad. Dicha detención se regulará, salvo en los aspectos previstos en este artículo, por el párrafo 3° del Título V del Libro I del Código Procesal Penal. Si se diere lugar a la ampliación del plazo de la detención conforme al artículo 132 de dicho Código, ésta sólo podrá ser ejecutada en los centros de internación provisoria de que trata la presente ley.".

6) Sustitúyese, en el artículo 32, la expresión "crímenes" por la frase "las conductas que de ser cometidas por una persona mayor de dieciocho años constituirían crímenes".

7) Reemplázase el artículo 43, por el siguiente:

"Artículo 43.- Centros de privación de libertad. La administración de los Centros Cerrados de Privación de Libertad y de los recintos donde se cumpla la medida de internación provisoria, corresponderá siempre y en forma directa al Servicio Nacional de Menores, con excepción de los señalados en la letra a) siguiente, cuya administración podrá corresponder en forma directa al Servicio Nacional de Menores o a los colaboradores acreditados que hayan celebrado los convenios respectivos con dicha institución.

Para dar cumplimiento a las sanciones privativas de libertad y a la medida de internación provisoria contenidas en esta ley, existirán tres tipos de centros:

a) Los Centros para la Internación en Régimen Semicerrado.

b) Los Centros Cerrados de Privación de Libertad.

c) Los Centros de Internación Provisoria.

Para garantizar la seguridad y la permanencia de los infractores en los centros a que se refieren las letras b) y c) precedentes, se establecerá en ellos una guardia armada de carácter externo, a cargo de Gendarmería de Chile. Ésta permanecerá fuera del recinto, pero estará autorizada para ingresar en caso de motín o en otras situaciones de grave riesgo para los adolescentes y revisar sus dependencias con el solo objeto de evitarlas.

La organización y funcionamiento de los recintos aludidos en el presente artículo se regulará en un reglamento dictado por decreto supremo, expedido por medio del Ministerio de Justicia, conforme a las normas contenidas en el presente Título." (Ministerio de Justicia, 2007).

Más adelante, la Ley 50.519 de 2011 modifica la Ley 18.314, excluyendo de su aplicación a las conductas ejecutadas por menores de edad. Según esta Ley, los menores de 18 años no pueden ser objeto de acusaciones por actos terroristas, expresando que no se les aplicará la Ley 18.314, ratificando así que el estatuto al que deben ser sometidos los adolescentes infractores de ley, es la ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente.

En materia de salud, el Ministerio de Salud ha sancionado varias leyes al respecto.

Así, la Ley 19.966 de 2004 crea el *Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas en Salud* (plan AUGE).

En 2010, la Ley 20.418 consagra el derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial, con el fin de prevenir el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual- ETS, la violencia sexual y sus consecuencias.

2.6.2.2 Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010

En el año 2000 el Estado chileno aprueba la *Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010*, de carácter intersectorial y dirigida a garantizar el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de 5.110.903 niños, niñas y adolescentes, los cuales

constituyen para entonces el 33.6% de la población del país (Gobierno de Chile, 2000, pág. 2).

Esta política se inspira en los preceptos y contenidos de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptando por tanto, los principios consagrados y los derechos reconocidos por ésta. Dichos principios, son entonces los siguientes:

- *El niño como sujeto de derecho especial*.
- *Interés superior del niño*.
- *Responsabilidad primordial de los padres y la familia en la crianza de sus hijos, e igualdad entre la madre y el padre*.
- *Respeto a la vida y al desarrollo integral del niño en cada una de sus etapas*.
- *Igualdad de derechos y de oportunidades*.
- *Autonomía progresiva del niño en el ejercicio de sus derechos*.
- *No discriminación y respeto de la propia identidad*.
- *Libertad de pensamiento y de expresión*.
- *Garantía, promoción, asistencia, y reparación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mirando el interés superior del niño, por parte del Estado*.
- *Efectividad en la aplicación de los derechos del niño* (Gobierno de Chile, 2000, págs. 8-14).

De acuerdo a estos principios, la misión de dicha Política está definida por cuatro componentes centrales, que son:

1. Servir de marco orientador de todas y cada una de las iniciativas desarrolladas a favor de los niños, niñas y adolescentes, particularmente aquellas de carácter público.

2. Generar los mecanismos e instrumentos que garanticen a todos los niños, niñas y adolescentes ser respetados y ejercer plenamente sus derechos.

3. Generar una institucionalidad propia para la Infancia, la Adolescencia y la Familia, con expresión en los niveles comunal, regional y central de la administración del Estado.

4. Promover y estimular el desarrollo de planes, programas y servicios sociales, tendientes a asegurar el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes (Gobierno de Chile, 2000, págs. 18-20).

Asimismo, define como menor a todo chileno menor de 18 años de edad, entendiendo por niño a toda persona menor de 12 años y por adolescente aquel que se encuentre entre los 12 y los 18 años de edad (Gobierno de Chile, 2000, pág. 5).

La operación de esta Política se produce a través de la implementación del Plan de Acción Integrado 2001 – 2010 y reconoce asimismo la integralidad de los derechos fundamentales de la población objeto, así como sus particularidades, necesidades de desarrollo y potencialidades en sus distintas etapas de desarrollo, y el contexto económico, sociocultural y geográfico que le son propios (Gobierno de Chile, 2000, pág. 6).

En esta medida, reconoce los siguientes derechos a todos los niños, niñas y adolescentes de Chile:

1. Derecho intrínseco a la vida.

2. Derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y a preservar su identidad.

3. Derecho del niño, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos, y a preservar las relaciones familiares de conformidad con la ley, sin injerencias ilícitas.

4. Derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

5. Derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social.

6. Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

7. Derecho del niño a la educación.

8. Derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad.

9. Derecho a ser protegido contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

10. Derecho a ser protegido contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

11. Derecho a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

12. Derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

13. Derecho a la protección de la ley contra injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o a su reputación.

14. Derecho del niño a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

15. Derecho del niño a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

16. Derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística.

17. Derecho del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

18. Derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluidos el propio y de entrar en su propio país para los efectos de la reunión de la familia (Gobierno de Chile, 2000, págs. 6,7).

Reconoce asimismo los siguientes derechos especiales:

1. Derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular.

2. Todo niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres.

3. Los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.

4. Derecho a la protección y asistencia especiales del Estado, de los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio.

5. Derecho del niño con discapacidad a recibir cuidados especiales.

6. Derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

7. Derecho del niño indígena o el que pertenece a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma, en común con los demás miembros de su grupo.

8. Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales.

9. Todo niño privado de libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de

su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

10. Derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad (Gobierno de Chile, 2000, pág. 7).

Esta Política define varias áreas estratégicas prioritarias de acción pública para lograr su cumplimiento, cuya operación se da bajo el Plan de Acción Integrado 2001-2010. Dichas áreas son pues, las siguientes:

- Área estratégica I: Sensibilización, promoción y difusión de los derechos de la infancia y de la adolescencia.

-Área estratégica II: Apoyo al fortalecimiento de las familias como principales responsables del desarrollo integral de sus hijos e hijas.

- Área estratégica III: Coordinación y desarrollo de las políticas públicas con perspectiva de derechos.

- Área estratégica IV: Provisión de servicios especiales para la protección integral de los derechos de la infancia y la adolescencia, en los casos de amenaza o vulneración de ellos.

- Área estratégica V: Promoción y fomento de la participación infantil (Gobierno de Chile, 2000, págs. 21-24).

2.6.2.3 Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025

El Gobierno chileno implementa en 2015 la *Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025*, que al igual que la precedente, adopta como doctrina básica lo enunciado por la Convención sobre los Derechos del Niño. Se sustenta asimismo en cinco enfoques, siendo su eje central el Enfoque de Derecho, tomado directamente de la Convención, al cual se adhieren los de Desarrollo Humano, Curso de Vida, Enfoque Intercultural y Género. A tales enfoques van aparejados siete principios rectores complementarios para su cumplimiento (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 55-56).

- *Enfoque de Derechos:* Reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos, como personas integrales y "competentes" en la vida familiar y social, con derecho a crecer y a desarrollarse integralmente en condiciones de igualdad, siendo deber del Estado respetar, promover y garantizar el goce pleno de los derechos de éstos (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 56-57).

- *Enfoque de Desarrollo Humano:* Enfatiza la dependencia de los logros factibles de alcanzar por las personas con el contexto de oportunidades económicas, las libertades políticas, las fuerzas sociales y las posibilidades que brindan la salud, la educación básica y el ingreso, entre otros. De esta manera, el Estado debe garantizar el desarrollo de las capacidades mínimas a todos los niños, niñas y adolescentes para alcanzar igualdad de libertades en términos de oportunidad (Consejo Nacional de Infancia, 2015, pág. 58).

- *Enfoque de Curso de Vida:* Implica considerar las trayectorias de desarrollo de niños, niñas y adolescentes desde su gestación hasta los 18 años, disponiendo de garantías y prestaciones flexibles, pertinentes, oportunas y basadas en evidencia, con el objeto de facilitar el despliegue del potencial de desarrollo de cada niño, niña o adolescente, acorde con el concepto de desarrollo integral consagrado en la Convención (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 58-59).

- *Enfoque Intercultural:* Alude al reconocimiento de la diversidad cultural, otorgando legitimidad a las representaciones, concepciones y prácticas culturalmente distintas. En esta medida, la Política hace suyo el enunciado de la Convención según el cual los Estados no negarán al niño, niña o adolescente que pertenezca a pueblos indígenas, grupos religiosos, lingüísticos o migratorios a preservar su propia cultura, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma. En consecuencia, este enfoque reconoce que las personas de origen indígena y migrantes necesitan medidas especiales para el cumplimiento de sus derechos individuales y colectivos sin discriminación y en igualdad de condiciones que el resto de la población (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 60-61).

- *Enfoque de Género:* Responde al desafío de implementar una política basada en derechos que considere de manera simultánea la equidad de género y los derechos de los niños, niñas y adolescentes, reconociendo y respetando las diferencias sexuales que definen y prescriben modos y posibilidades de ser y hacer diferenciados para hombres y mujeres desde la primera infancia, y a lo largo del curso de vida. Se propone, además de la igualdad entre hombres y

mujeres, la erradicación de toda forma de discriminación arbitraria basada en consideraciones de género, orientación sexual o identidad sexual (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 61-62).

Por su parte, los principios rectores de esta Política son: Sujeto de derechos; El interés superior del niño; Autonomía progresiva; Igualdad y No discriminación; Participación y derecho a ser oído; Vida, desarrollo y entorno adecuado; y Corresponsabilidad del Estado, la familia y la sociedad en la garantía de derechos (Consejo Nacional de Infancia, 2015, pág. 62).

Grosso modo, la visión de esta Política plantea que a 2025, la infancia y la adolescencia chilenas tengan garantizado el ejercicio de sus derechos de acuerdo con su curso de vida, sin ningún tipo de discriminación o cualquier otro factor de potenciales inequidades, en donde se materialice el rol del Estado y la sociedad como los garantes de dicho ejercicio, y se sitúe el desarrollo, bienestar y felicidad de los niños, niñas y adolescentes en el centro de su quehacer (Consejo Nacional de Infancia, 2015, pág. 70).

Para su cumplimiento, esta Política define los siguientes objetivos estratégicos:

• Proponer la adecuación normativa y generar las condiciones político-institucionales que regulen la institucionalidad competente del Estado y la ciudadanía para garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que habitan en el país.

• Fortalecer y promover la gestión pública y la calidad de las políticas, así como la de los programas y servicios considerando la perspectiva de derechos.

• Fortalecer las condiciones familiares, comunitarias, sociales, económicas y culturales que permitan el ejercicio efectivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que habitan en el país (Consejo Nacional de Infancia, 2015, pág. 71).

A estos objetivos le corresponden a su vez tres tipos de lineamientos para su cumplimiento, a saber:

• La instalación del *Sistema de Garantías de los Derechos de la Niñez*, definido como el conjunto de políticas, instituciones y normas orientadas a velar por el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social de los niños, niñas, y adolescentes.

• Las orientaciones prioritarias para la próxima década agrupadas en cinco áreas estratégicas en el marco de los derechos de la Niñez y Adolescencia, y a las cuales deberá abocarse la gestión del Sistema (Familia y comunidad, Salud integral y bienestar, Formación integral e inclusiva, Protección, reparación y restitución de derechos, Participación).

• Las condiciones transversales que orientan las acciones o procesos de gestión del Estado. Estas se vinculan como condiciones para el Sistema, así como para la implementación de las orientaciones prioritarias (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 71-72) .

Sistema de Garantías de los Derechos de la Niñez

Este Sistema es creado para dar cumplimiento a los mencionados objetivos estratégicos y articula las competencias, intervenciones y demás programas dirigidos a tal fin. Sus características son:

• *Universalidad*: Su población objetivo serán todos los niños, niñas y adolescentes que habitan el país e implica un enfoque centrado en la protección del ejercicio de derechos, la prevención de sus vulneraciones y el fortalecimiento de las capacidades y el conjunto de condiciones necesarias para el desarrollo integral.

• *Comprehensividad*: El enfoque está centrado en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, impulsando intervenciones diseñadas para asegurar que reciban el apoyo multisectorial necesario de manera oportuna y pertinente.

• *Intersectorialidad e integralidad de la respuesta*: El Sistema dispondrá de prestaciones de protección social, de protección especializada y de protección jurisdiccional coordinadas intersectorialmente por los distintos organismos que forman parte del mismo.

• *Pertinencia Territorial*: El Sistema supone una mayor integración entre los distintos actores y servicios locales, por ser estos los más cercanos a las demandas y los requerimientos de la niñez y adolescencia, descentralizando las políticas públicas hacia el nivel local y a la participación activa de la comunidad. Por este motivo, el Ministerio de Desarrollo Social dispondrá los mecanismos para la aplicación en términos territoriales de las medidas administrativas de protección de derechos en coordinación con los municipios y otras entidades territoriales públicas y privadas.

• *Progresividad*: El Sistema y sus componentes se instalarán de manera gradual de acuerdo a los recursos presupuestarios, legales, humanos, profesionales, técnicos y de infraestructura, entre otros (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 73-74).

Asimismo, este Sistema está organizado en tres componentes:

1. Político-institucional, que corresponde a las condiciones institucionales necesarias, además de un Defensor de la niñez y adolescencia, para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes. A su vez, existen tres niveles de institucionalidad del Sistema, a saber:

a) Nivel Estratégico

El Ministerio de Desarrollo Social y el Comité Interministerial de Desarrollo Social de la Niñez ejercerán, conforme a sus facultades legales, la rectoría y la dirección general del Sistema, con el fin de promover y proteger el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

b) Nivel de Articulación

El Ministerio de Desarrollo Social, a través de los organismos de su dependencia, estará a cargo de la coordinación, gestión y articulación del Sistema. Se creará la Subsecretaría de la Niñez como órgano colaborador de este Ministerio, la cual, además, desarrollará estudios e investigaciones sobre niñez y adolescencia; elaborará el informe sobre el estado general de la niñez a nivel nacional; colaborará en la preparación de informes para organismos

internacionales; e impulsará acciones de difusión, capacitación o sensibilización destinadas a la promoción y/o protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

c) Nivel de Ejecución, Prestación y Adopción de Medidas

Cada ministerio y servicio continuará con sus responsabilidades de provisión de prestaciones, adecuando su oferta a las decisiones que se adopten en el Comité Interministerial de la Niñez (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 75-76).

2. Programático, que consiste en el conjunto de definiciones y acciones orientadas a la provisión de servicios y prestaciones de promoción y protección a la niñez y adolescencia y a sus familias. Asimismo, incluye acciones destinadas a enfrentar situaciones de vulneración de derechos u otras que requieran atención especial. Entre estos servicios y prestaciones están los siguientes:

a) Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

Desde el 2016 este Subsistema, cuyo programa eje es el de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial dirigido a reforzar la integralidad de servicios promocionales y preventivos de salud desde la gestación hasta que el niño o niña ingresa al primer nivel de transición en pre kínder (0 a 4 años), comenzará su extensión gradual hasta los 9 años de edad, incorporando el sector educación a su eje de acompañamiento de la trayectoria. La finalidad de esta nueva etapa es promover a través del desarrollo integral condiciones favorables para el aprendizaje.

b) Protección Especializada

Se fortalecerá el sistema de protección especializada y reforzada para aquellos grupos de niños o niñas que necesitan de atención diferenciada, incorporando acciones de reparación psicosocial y restitución de derechos, cuando estos se han visto amenazados o vulnerados.

Asimismo, los servicios especializados en la atención de niñas, niños y adolescentes vulnerados en sus derechos, se desjudicializan en lo posible e incorporarán a la red de prestaciones.

c) Protección Jurisdiccional

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la protección judicial efectiva de sus derechos, por ello se propenderá a la especialización de órganos y procedimientos con el fin de asegurar que sean escuchados respecto de aquello que les afecte en este ámbito, y se establecerán mecanismos que les aseguren la debida asistencia jurídica para tal efecto, acorde con lo estipulado por la Convención. Esto incluye asimismo la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes vulnerados, como los de aquellos que han cometido infracciones a la ley penal (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 77-79).

3. Normativo, que corresponde a las herramientas jurídicas necesarias para el funcionamiento del Sistema. Busca armonizar la legislación nacional en base a la Convención y sus protocolos facultativos, así como proponer disposiciones legales para brindar coherencia y sustentabilidad al Sistema, armonizar la institucionalidad, y definir atribuciones en términos territoriales (Consejo Nacional de Infancia, 2015, pág. 79).

Por su parte, las cinco áreas prioritarias enunciadas párrafos atrás y que han de ser consideradas en cada una de las acciones que desarrollen las diferentes instancias que componen el Sistema, organizan el conjunto de derechos establecidos en la Convención.

Estas áreas se definen como sigue:

a) Familia y Comunidad

La familia se entiende aquí como el núcleo originario, diverso en organización, integrantes, creencias e ideologías y el espacio más relevante para el desarrollo y ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Cuando la familia presenta dificultades para ejercer su rol de cuidado y crianza, es el Estado quien presta apoyo en pos de reconocer, valorar y resguardar dicho espacio, con el fin de garantizar el derecho de todo niño, niña y/o adolescente a vivir en familia, excepto cuando esté en peligro su integridad física y psicológica.

Después de la familia, la comunidad es el espacio físico y social más próximo donde el niño y el adolescente ejerce sus derechos y amplía sus capacidades. En esta medida, la comunidad se convierte en un agente de soporte a las familias (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 82-83).

En esta medida, el Sistema define las siguientes orientaciones prioritarias dirigidas a la familia:

• Contar con una política dirigida a las familias que fomente relaciones positivas entre sus integrantes y provea las herramientas que posibiliten el cuidado y crianza para el desarrollo y ampliación de capacidades de niñas, niños y adolescentes.

• Propiciar la generación de condiciones socio-laborales que permitan a padres, madres, abuelas(os), adultos en general, responsables de niños, niñas y adolescentes en sus familias, desplegar sus funciones de cuidado y crianza, promoviendo –al mismo tiempo– la corresponsabilidad en el cumplimiento de dichas funciones.

• Generar acciones tendientes a prevenir el embarazo y paternidad/maternidad adolescente, así como la provisión de medidas especiales de apoyo en caso de que ello ocurra para proteger los derechos de madres, padres e hijos(as), esencialmente en materia de salud y educación.

• Avanzar hacia la generación de condiciones adecuadas de habitabilidad para la niñez y adolescencia, así como propiciar de entornos amigables y seguros como áreas verdes y espacios recreativos, y especialmente promover el cuidado por el medio ambiente.

• Impulsar una especial consideración de la niñez y adolescencia y sus derechos en las políticas sociales destinadas a familias y comunidades vulnerables.

• Promover la provisión de servicios –como el acceso a la salud, educación y protección social– disponibles y cercanos al entorno barrial de las familias.

• Generar acciones que favorezcan el buen trato en los espacios de desarrollo y convivencia entre los niños, niñas y adolescentes y el mundo adulto, representado a nivel de relaciones cotidianas al interior de las comunidades, tales como la escuela y servicios de salud.

• Promover la sensibilización de la ciudadanía a través del fortalecimiento de acciones centradas en la promoción del buen trato, el respeto, el diálogo, la resolución no violenta de los conflictos, el fomento de la autonomía progresiva y el encuentro de la diversidad.

• Generar mecanismos y herramientas para la interrupción y el abordaje de situaciones de malos tratos, incluyendo las sanciones previstas en estos casos.

• Propiciar de forma progresiva el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes, con un foco familiar y comunitario, de acuerdo a su curso de vida, activando de manera articulada, cercana, pertinente y oportuna servicios y prestaciones ajustadas a sus requerimientos.

• Promover y fortalecer la incorporación de las familias y/o adulto significativo de los adolescentes en conflicto con la justicia en su proceso de rehabilitación e inclusión social.

• Avanzar en la provisión de cuidados bajo condiciones de vida familiar para niñas, niños y adolescentes que, por situaciones de graves vulneraciones de derechos, deben ser separados de su familia de origen (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 83-85).

b) Salud integral y Bienestar

Entendiendo la salud integral definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, esta área estratégica apunta a la garantía del acceso equitativo, oportuno, pertinente y de calidad a la salud, generando ambientes propicios para el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, y estimulando culturas de prevención (Consejo Nacional de Infancia, 2015, pág. 85).

Para ello, esta estrategia dispone de las siguientes orientaciones prioritarias:

• Fortalecer las condiciones y prestaciones que reduzcan los riesgos de mortalidad y promuevan la adecuada estimulación de la niña, el niño o adolescente, tanto a nivel psicomotor como socioemocional, previniendo riesgos de rezago y retraso, con miras a asegurar su desarrollo infantil temprano.

• Facilitar la creación de ambientes comunales, barriales, escolares y familiares protectores de la salud de los niños, niñas y adolescentes, donde se favorezca su bienestar y la calidad de vida para alcanzar el máximo nivel de salud posible.

• Fortalecer condiciones que promuevan estilos de vida saludables en espacios familiares y sociales, sanos y seguros, favoreciendo la prevención de situaciones que afecten el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

• Propiciar acciones tendientes al desarrollo de una sexualidad informada y segura de acuerdo al curso de vida.

• Avanzar en el acceso oportuno, pertinente y de calidad a servicios y prestaciones de atención de salud sexual y reproductiva, así como de salud mental infanto-adolescente, tanto a nivel de promoción como de prevención y tratamiento.

• Propender al desarrollo de espacios amigables para la atención de adolescentes en todos los establecimientos del nivel primario de salud.

• Mejorar las condiciones de cuidado de niñas, niños y adolescentes en situación de discapacidad, asimismo de quienes sufren de enfermedades graves o catastróficas.

• Reforzar el apoyo a niñas, niños y adolescentes en situación migratoria, pertenecientes a pueblos indígenas, sexualmente diversos y aquellos/as adolescentes en conflicto con la justicia, para propender a una atención efectiva, oportuna y pertinente, así como al buen trato y la ausencia de prácticas discriminatorias.

• Considerar a los niños, niñas y adolescentes en los procedimientos de prevención de accidentes y seguridad desarrollados por los organismos técnicos pertinentes.

• Considerar los principios de la Convención en los procedimientos y protocolos para la atención de niñez y adolescencia (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 86-87).

c) Formación Integral e Inclusiva

La educación integral, como proceso de inclusión y cohesión social, trasciende el ámbito escolar e involucra a la familia, el establecimiento educacional y la comunidad como espacios formativos que inciden directamente en el desarrollo e inclusión social de la niñez y adolescencia. Supera, además, los ámbitos educativos formales e incorpora otros como el arte y la cultura, el uso del tiempo libre y el ocio, y la promoción de espacios recreativos y de encuentro. En este sentido la educación formal es un derecho que posibilita el despliegue de capacidades y la participación en la vida social. Además, la inclusión ha de traducirse en medidas que aseguren el acceso educativo y eliminen los obstáculos en el aprendizaje y prevengan la deserción escolar, especialmente de aquellos sectores en situación de vulnerabilidad, siendo la educación uno de los principales factores de protección de la infancia y la adolescencia (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 87-88).

Las orientaciones prioritarias correspondientes a esta estrategia son:

• Fortalecer desde el ámbito educativo el pleno desarrollo de las potencialidades, capacidades y talentos de los niños, niñas y adolescentes para el ejercicio de sus derechos.

• Procurar condiciones de acceso, participación, permanencia y logro de objetivos de aprendizaje en la educación para todos y todas, reduciendo progresivamente los impedimentos –económicos, ambientales y administrativos, entre otros– que los afectan; especialmente a aquellos que están en situación de pobreza o de discapacidad, en situación migratoria, indígenas y niñez y adolescencia diversa sexualmente, así como adolescentes en conflicto con la justicia.

• Avanzar hacia la incorporación del enfoque de derechos como piso conceptual a la base de los diseños curriculares, las metodologías de enseñanza y aprendizaje, los mecanismos de evaluación de calidad y la gestión educativa de los establecimientos educacionales desde la educación parvularia.

• Trabajar en el rescate, el respeto y la promoción de la cultura, tradiciones y costumbres, la preservación y revitalización de las lenguas indígenas. Del mismo modo, en la generación de medidas que aseguren en la convivencia, el buen trato y aborden eventuales prácticas y actitudes discriminatorias surgidas en cualquier nivel dentro de las comunidades educativas. Y reforzar la formación en sexualidad y afectividad, sin discriminación por género, identidad sexual o ante la presencia de situaciones de discapacidad.

• Promover que los niños, niñas y adolescentes, ejerzan en un entorno seguro las tecnologías de la información y comunicación para el ejercicio pleno de sus derechos digitales, avanzando hacia el acceso equitativo e inclusivo de herramientas tecnológicas.

• Fortalecer las capacidades del sistema escolar para la activación de alertas tempranas relativas a la vulneración de derechos en las comunidades educativas y, también, para la articulación de respuestas intersectoriales cuando corresponda.

• Contar con acciones que propendan a garantizar el ejercicio del derecho a la educación en situaciones de emergencia y crisis.

• Favorecer el acceso y participación de niñas, niños y adolescentes en consonancia a la evolución de sus facultades, su edad y madurez, en actividades artísticas y culturales, así como el respeto hacia los espacios recreativos, de ocio, juego y descanso.

• Promover, sensibilizar y difundir los derechos de las niñas, niños y adolescentes para contribuir al cambio cultural para garantizar sus derechos (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 89-90).

d) Protección, Reparación y Restitución de Derechos

Esta estrategia se centra en propiciar condiciones para la efectiva protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, lo cual requiere disponer de mecanismos reforzados para su garantía, evitar la revictimización e incluir respuestas de restitución de derechos y reparación psicosocial de quienes han sido víctimas de alguna forma de violencia. Tales mecanismos y respuestas deben priorizar la aplicación de disposiciones administrativas y considerar efectivamente la respuesta judicial para aquellas situaciones constitutivas de

delito, o cuya resolución administrativa no haya sido posible. Desde ahí el sentido de urgencia que tiene identificar y asistir a quienes están en riesgo o viven esta realidad para un sistema de garantías de sus derechos (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 90-91).

Para tal fin, esta estrategia dispone de las siguientes orientaciones prioritarias:

• Generar un diagnóstico específico sobre las diversas formas de violencia que se dan en nuestro país a través de la visualización, cuantificación y caracterización de las distintas formas establecidas por el Comité de los Derechos del Niño. De igual modo evaluar, las formas particulares de violencia a las que pueden ser sometidos los niños, niñas o adolescentes en situación de discapacidad, como la esterilización forzada, la violencia infringida bajo apariencia de tratamiento médico y la discapacidad deliberada para explotarlos con fines de mendicidad. El diagnóstico debe incorporar la respuesta institucional existente con la evaluación de su eficacia y pertinencia.

• Desarrollar un plan nacional de buen trato y de respuesta ante situaciones de violencia para promover que los niños, niñas y adolescentes vivan en ambientes bien tratantes, donde se garantice su derecho a no ser objeto de ninguna forma de violencia; ejerciendo así las recomendaciones hechas a partir del Estudio Mundial de la Violencia contra niños, niñas y adolescentes y la Observación General Nº13 del Comité de los Derechos del Niño (2011).

• Instalar en la ciudadanía, la promoción y el respeto de los derechos de niños, niñas y adolescentes en base al buen trato, respeto y valoración por los derechos humanos, modificando la actual normalización de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes.

• Promover que en las acciones del Estado –preventivas, protectoras o de asistencia–, se respete el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser escuchados y que sus opiniones se validen. Igualmente, que dispongan de modo claro, oportuno y pertinente de información y orientación, siendo el interés superior del niño el que regule toda práctica y decisiones y/o medidas que les afecten.

• Reforzar el funcionamiento del sistema de respuesta del Estado de prevención, protección y reparación psicosocial como un todo integrado, de modo de disminuir progresivamente los espacios que facilitan el surgimiento de la victimización secundaria. Para ello, se requiere adecuar a las características de los niños, niñas y adolescentes las condiciones para su atención (lugares físicos, recursos humanos especializados y sensibilizados), evitando la duplicidad de acciones a través de una atención oportuna y pertinente; generando una coordinación entre las distintas instancias y coberturas de programas especializados para abordar las necesidades disímiles presentes en este tipo de situaciones (necesidades sociales, económicas, psicológicas, jurídicas, legales, entre otras).

• Mejorar la asistencia jurídica para los niños, niñas y adolescentes que requieran representación en juicios para que sus intereses queden representados.

• Poner especial énfasis en la prevención y protección contra la violencia en aquellos niños, niñas y adolescentes que por su condición, su origen social, género, pertenencia a pueblos indígenas, en situación migratoria, en situación de discapacidad o cualquier otro factor de potenciales inequidades, están en un riesgo mayor de ser víctimas de violencia y discriminación.

• Avanzar hacia la erradicación de toda forma de violencia y explotación hacia niños, niñas y adolescentes, incluyendo la erradicación del castigo corporal y del trabajo infantil, e incorporando la cautela necesaria en el trabajo adolescente para que se efectúe con respeto al marco establecido en la Convención.

• Priorizar dentro de la respuesta del Estado la protección de niños, niñas y adolescentes ante emergencias de desastre y catástrofes, sean éstas de carácter natural o provocadas por el hombre, dando cumplimiento a los protocolos establecidos en la gestión del riesgo.

• En el caso de las Tecnologías de Información y Comunicación, se requiere avanzar en la protección legal de los derechos de niños, niñas y adolescentes en ambiente digital, cautelando la existencia de redes de protección, denuncia, orientación y ayuda a las víctimas de delitos asociados al uso indebido de la tecnología. Resulta necesario abordar la prevención y protección de datos personales –privacidad, imagen e identidad–, y los riesgos en el uso de internet –grooming, cyberbullying, sexting– mediante la promoción de conductas que refuercen el autocuidado y disminuyan la vulnerabilidad.

• Trabajar para que los procedimientos y prácticas institucionales se ajusten al marco de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, erradicando prácticas discriminatorias y revictimizantes, con particular consideración hacia sujetos y grupos expuestos a situaciones de violencia, discriminación y exclusión (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 92-95).

e) Participación, Libertad de opinar e incidir

Esta estrategia busca fortalecer y garantizar las condiciones y los espacios para que niñas, niños y adolescentes ejerzan su derecho de expresión, opinión e incidencia sobre cuestiones que afecten su vida social, familiar, comunitaria, judicial y cívica, acorde con la evolución de sus facultades, su edad y madurez, y en consonancia con el derecho a la información y la comunicación amplias y oportunas por parte del Estado (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 95-96).

En esta dirección, sus orientaciones prioritarias son las siguientes:

• Promover activamente la participación de niños, niñas y adolescentes en sus diferentes espacios de desarrollo y convivencia.

• Avanzar en el desarrollo e implementación de instrumentos y procedimientos en los programas y servicios de atención a niños, niñas y adolescentes que garanticen el derecho a ser informado, opinar e incidir en procesos de toma de decisión, de acuerdo a la evolución de sus facultades.

• Avanzar en la incidencia política de los niños, niñas y adolescentes, como actores relevantes en los temas que les afectan.

• Fomentar la organización de niños, niñas y adolescentes, así como el reconocimiento y valoración desde el mundo adulto de su capacidad de analizar y cuestionar la realidad social y cultural en todos sus espacios de convivencia y desarrollo. Asimismo, dar la posibilidad y condiciones de reclamar sus derechos e influir en los procesos de transformación social.

• Fomentar que en los espacios de la vida cotidiana donde se desenvuelven los niños, niñas y adolescentes, los adultos allí presentes respeten y fomenten la participación de éstos, la libre expresión y la incidencia en diferentes temas.

• Avanzar en la reducción de las brechas de acceso y uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en niños, niñas y adolescentes, en atención al rol que éstas cumplen en la sociedad actual en cuanto a comunicación, relación y participación.

• Promover la responsabilidad y rol que tienen los medios de comunicación en la promoción de una cultura de respeto de los derechos de niños, niñas y adolescentes, especialmente en lo que respecta a garantizar el derecho a su privacidad e intimidad, así como el valor y respeto por sus opiniones e intereses.

• Garantizar el derecho a reunirse que tienen niños, niñas y adolescentes conforme a lo estipulado en la Convención (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 96-97).

Finalmente, el Sistema dispone de varios procesos transversales para su implementación y la gestión de las prioridades estratégicas que se acaban de mencionar, para asegurar así los estándares de calidad, su adecuado desenvolvimiento y los posibles ajustes al mismo. Para esto, el Sistema enuncia los siguientes lineamientos relevantes:

a) Desarrollo de la Gestión administrativa.

b) Formación de las personas vinculadas al trabajo con la niñez y adolescencia.

c) Proceso de aseguramiento de la calidad y la pertinencia de la prestación de servicios.

d) Seguimiento y monitoreo (Consejo Nacional de Infancia, 2015, págs. 99-101).

2.6.3 Argentina

La situación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en Argentina, al igual que los ya referenciados casos de México y Chile, también se enmarca en lo realizado hacia el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y, más específicamente, a partir de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990, cuyos acuerdos y obligaciones adquirieron jerarquía constitucional desde 1994.

En esta dirección, el país ha confirmado su compromiso a través de varios instrumentos normativos, entre los que se destacan la Ley 24.417 de Protección Contra La Violencia Familiar, la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley 26.150 del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, la Ley 26.364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas y, la Ley 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente.

De igual forma, en el año 2005 se sancionó la Ley 26.061 de *Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, reglamentada mediante el Decreto Presidencial 415 de 2006, la cual tiene por objeto garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales ratificado por la Nación (Congreso de la Nación Argentina, 2005).

Asimismo, y según lo expresa el artículo 3, está inspirada y guiada por los principios que rigen a la Convención, es decir: el interés superior del niño, entendido como derecho en sí mismo y como pauta interpretativa de los demás derechos y definido como la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley; el derecho a la no-discriminación, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo integral y el derecho a ser oído y que sus opiniones sean tenidas en cuenta (Congreso de la Nación Argentina, 2005).

También estipula en los artículos 5, 6 y 7 la corresponsabilidad compartida entre el Estado y sus organismos, a quienes corresponde la formulación, ejecución, garantía y cumplimiento de las políticas públicas con primacía del interés superior y absoluta prioridad de los derechos de la población objeto de la ley; la Comunidad, que debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de tales derechos y sus garantías; y la Familia, responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías, con igualdad y comunidad en las responsabilidades y obligaciones entre el padre y la madre respecto al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos (Congreso de la Nación Argentina, 2005).

Además de los derechos ratificados en esta ley, cabe resaltar el señalado en el artículo 25 sobre el Derecho al trabajo de los adolescentes, según el cual el Estado debe garantizarles a los adolescentes tanto el derecho a la educación como a trabajar, con las restricciones que

imponen la legislación laboral vigente y los convenios internacionales sobre erradicación del trabajo infantil (Congreso de la Nación Argentina, 2005).

Para su ejecución, esta Ley dispone en el artículo 32 la conformación del Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas […] destinadas a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (Congreso de la Nación Argentina, 2005).

Según el artículo 42, con miras a asegurar su efectividad y descentralización, este Sistema se organiza en tres niveles: a) nacional, b) federal y, c) provincial.

a) Nacional: Está a cargo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, la cual es el organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Como tal, su función es la formulación de las políticas destinadas a la infancia y la adolescencia y el diseño, implementación, coordinación, seguimiento y evaluación de programas dirigidos a esta población. También participa en la elaboración de un Plan Nacional de Acción conjuntamente con el Consejo Federal. (Art. 43 y 44).

b) Federal: Está a cargo del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, el cual es el órgano de articulación y concertación, para el diseño, planificación y ejecución de políticas públicas en todo el ámbito del territorio nacional, integrado por las autoridades

de los organismos administrativos, existentes o a crearse, de protección de derechos de cada una de las 23 provincias y de la Ciudad de Buenos Aires (Art. 45 y 46).

c) Provincial: Es el órgano de planificación y ejecución de las políticas de la niñez, cuya forma y jerarquía, determinará cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respetando las respectivas autonomías así como las instituciones preexistentes (Congreso de la Nación Argentina, 2005).

Asimismo, el artículo 47 define la creación, a nivel nacional y provincial, del *Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, quien tiene entre sus funciones el velar por la protección y promoción de los derechos individuales y colectivos de éstos, presentar acciones ante el Poder Judicial, supervisar las entidades públicas y privadas que se dediquen a la atención de la población objeto, sea albergándolos en forma transitoria o permanente, sea desarrollando programas de atención a los mismos, debiendo denunciar ante las autoridades competentes cualquier irregularidad. (Art. 55) (Congreso de la Nación Argentina, 2005).

CAPÍTULO III

POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ EN IBEROAMÉRICA

III. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ. IBEROAMÉRICA

Como ya se ha mencionado, el tema del embarazo temprano va de la mano con la protección de los derechos sobre salud sexual y reproductiva, reconocidos internacionalmente como parte de los derechos humanos, los cuales son ratificados, como ya se hizo mención párrafos más atrás, a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC- (1966), la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer -CEDAW- (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño -CDN- (1989), la Declaración y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos (1993), el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing (1995) y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo -CIPD- (1994).

Se da entonces un vínculo y una concordancia de la CDN con la CEDAW en la medida en que si se aseguran y garantizan los derechos de las niñas y las adolescentes, se garantizan también los derechos de las mujeres. En esta medida, el artículo 10 de la CEDAW establece que se deben adoptar todas las medidas necesarias "para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres", entre otros aspectos, el acceso "al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia" (Naciones Unidas, 1979).

En la misma medida, el artículo 12 de la CEDAW obliga a los Estados Parte a que adopten todas las acciones en lo concerniente a la “esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (Naciones Unidas, 1979).

3.1 Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño, en sus Observaciones Generales (UNICEF, 2006) ratifica un aspecto que ya se mencionó párrafos más atrás, al señalar que cuando la CDN define en su artículo 1 al niño como "todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad", los adolescentes de hasta 18 años de edad, en consecuencia, son titulares de los mismos derechos consagrados en la Convención; tienen derecho a medidas especiales de protección y, como lo sanciona el artículo 5, “en consonancia con la evolución de sus facultades, pueden ejercer progresivamente sus derechos” (UNICEF, 2006, pág. 31).

No obstante, y dado que los Estados Partes no han prestado suficiente atención en el cumplimiento de las obligaciones impuestas por la Convención en cuanto a las necesidades y derechos específicos de los adolescentes, especialmente a la promoción de su salud y desarrollo, es decir, “el disfrute del más alto nivel posible de salud, el desarrollo de forma equilibrada y una preparación adecuada para entrar en la edad adulta y asumir un papel

constructivo en sus comunidades y sociedades en general" […], dicho Comité adopta la Observación General N° 4 sobre *La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la CDN*, con el fin de facilitarles orientación y apoyo a los Estados Partes "en sus esfuerzos para garantizar el respeto, protección y cumplimiento de los derechos de los adolescentes, incluso mediante la formulación de estrategias y políticas específicas" (UNICEF, 2006, pág. 31).

Asimismo, señala como esenciales para garantizar el derecho a la salud y el desarrollo de los adolescentes lo contenido en los artículos 3 (interés superior del niño), 17 (acceso a la información para su bienestar) y 24 (más alto nivel posible de salud y servicios sanitarios) de la CDN. En este sentido, hace hincapié en cuanto el artículo 17 establece que el niño "tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental". Dado esto, los Estados Partes han de promover medidas, leyes, políticas y programas para garantizar el derecho de los adolescentes a tener acceso a dicha información y a una formación precisa y adecuada, tanto dentro como fuera de la escuela, sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano, en consonancia con lo enunciado por los artículos 24 y 33 en relación a la información sobre la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar y los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual -ETS-, así como información sobre prevención de accidentes, la protección contra prácticas tradicionales peligrosas, el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales" (UNICEF, 2006, págs. 33, 36, 37).

Sobre lo anterior, los Estados se obligan a garantizar la existencia y fácil acceso a la información, los bienes y los servicios adecuados para la prevención y tratamiento de las ETS, por lo cual la Observación insta a los Estados Partes a:

a) elaborar programas de prevención efectiva, entre ellas, medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes;

b) adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH; y

c) adoptar medidas para eliminar todas los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones (UNICEF, 2006, págs. 36-37).

Insta, pues, a los Estados Partes a garantizar a las niñas y adolescentes que estén embarazadas el acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares, y a adoptar las medidas necesarias para reducir la morbimortalidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes (UNICEF, 2006, pág. 37).

Para ello los Estados Partes deben:

a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia;

b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y

c) elaborar políticas que permitan continuar su educación (UNICEF, 2006, pág. 37).

De igual manera, la Observación ratifica la importancia que tiene el entorno en que viven los adolescentes, tanto inmediato como general, en cuanto éste condiciona fuertemente su salud y su desarrollo. A nivel general, son determinantes la formulación y aplicación de políticas, normas legales y programas específicamente destinados a garantizar el derecho de los adolescentes a la salud y el desarrollo. Sobre el entorno inmediato, señala la importancia que tienen la familia y la escuela.

En cuanto a la primera, el Comité subraya el deber de los Estados Partes de elaborar y aplicar dichas políticas y normas legales para facilitar la asistencia adecuada a todos los miembros de la familia y las personas legalmente responsables de los niños y adolescentes para que presten el debido apoyo, acompañamiento y comunicación para su bienestar, incluyendo “el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes” (UNICEF, 2006, pág. 34).

Con respecto a la escuela, ratifica la importancia de ésta en cuanto desempeña una función determinante en la vida de muchos adolescentes, por ser el lugar de enseñanza, desarrollo y socialización, siendo vital a este respecto el objeto de la educación el velar "por qué ningún niño termine su escolaridad sin contar con los elementos básicos que le permitan hacer frente a las dificultades con las que previsiblemente topará en su camino", incluyendo en dichos elementos básicos "la capacidad de adoptar decisiones ponderadas; resolver conflictos de forma no violenta; llevar una vida sana [y] tener relaciones sociales satisfactorias y asumir responsabilidades..." (UNICEF, 2006, págs. 11, 34).

3.2 Recomendaciones Generales Adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Por su parte, la *Recomendación General Nº 24 del Comité de la CEDAW* (Naciones Unidas, 1999) ratifica lo dispuesto por el artículo 12 de dicha Convención, el cual obliga a los Estados Partes a eliminar toda discriminación contra la mujer y garantizar su derecho básico al más alto nivel posible de salud y de acceso a los servicios de atención médica, así durante todo su ciclo vital, incluido todo lo referente a la información y educación sobre salud reproductiva, planificación familiar, servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

Asimismo, hace hincapié en que para lograr lo anterior, los Estados Partes deben también garantizar el derecho humano fundamental de la mujer al bienestar nutricional durante todo su ciclo vital, especialmente de las mujeres de las regiones rurales.

Así, al reafirmar lo sancionado sobre las cuestiones relacionadas con el derecho a la salud de la mujer abarcando toda la vida de ésta, se entiende por tanto asimismo a la niña y a la adolescente. De igual manera, llama la atención sobre la obligación que tienen los Estados de adecuar su legislación, medidas y políticas sobre dicho derecho en consonancia con las necesidades y los intereses propios de la mujer, así como con sus características y factores privativos en relación con el hombre (Naciones Unidas, 1999).

Tales factores los define de la siguiente manera:

a) Factores biológicos tales como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia, así como un mayor riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual;

b) Factores socioeconómicos diferentes para la mujer en general, y para algunos grupos de mujeres en particular, tales como la desigualdad de poder en el hogar y en el lugar de trabajo, lo cual puede repercutir negativamente en su nutrición y su salud. Asimismo, las distintas formas de violencia de que pueda ser objeto, especialmente las niñas y las adolescentes que con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores, corriendo así un mayor riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros, como también algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, la poligamia y la violación marital, las cuales aumentan el riesgo de exposición de niñas, adolescentes y mujeres adultas a contraer VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;

c) Factores psicosociales como la depresión en general y la depresión postparto en particular, así como otros problemas psicológicos, como los trastornos del apetito, la anorexia y bulimia;

d) Violación de la confidencialidad médica que puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y atención médica para tratar enfermedades genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y atención en caso de haber sido víctima de violencia sexual o física, todo lo cual puede afectar negativamente su salud y bienestar (Naciones Unidas, 1999).

Así, y dada la importancia de lo anterior en relación con el VIH/SIDA, las ETS y el derecho de la mujer a la salud sexual, dicha Observación demanda que los Estados Partes garanticen el acceso suficiente y adecuado a la información y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual a las mujeres adultas y adolescentes, y especialmente garantizar el derecho a la educación sexual y genésica a los adolescentes de ambos sexos, incluso proporcionarles información y asesoramiento -con personal y programas idóneos- sobre todos los métodos de planificación familiar, la igualdad entre los sexos, la violencia, la prevención de las ETS, y los derechos relativos a la salud reproductiva y sexual (Naciones Unidas, 1999).

3.3 Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

De manera afín, el *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, en su *Observación General 14* (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000) sobre el *Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) ratifica en su párrafo 1 que la

salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos así como depende de estos para su ejercicio. Asimismo, en el párrafo 8 aclara que dicho derecho no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino como un conjunto de libertades y derechos tales como el derecho a controlar su salud y su cuerpo, libertad sexual y genésica, derecho a no padecer injerencias y no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales, y derecho a un sistema de protección de la salud para disfrutar del más alto nivel posible de salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, págs. 1, 3).

Este concepto de "más alto nivel posible de salud" debe entenderse, según señala el párrafo 9, como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar dicho nivel, pues existen factores que escapan a la relación entre el Estado y los individuos, tales como las condiciones biológicas y genéticas propias de la persona, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados que determinan en gran parte su salud, y ante las cuales un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, pág. 3).

En consonancia, en dicha definición sobre el derecho a la salud, el Comité incluye entre los principales factores determinantes de ésta, el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

En lo que concierne al apartado a) de dicho artículo, sobre "la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños", que atañe directamente al derecho a la salud materna, infantil y reproductiva, la Observación precisa en su párrafo 14 que para ello los Estados deben adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, el acceso a la planificación familiar, la atención perinatal, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, pág. 5).

La Observación también explicita en el párrafo 23 el deber de los Estados Partes de garantizar en todos sus programas y políticas la primacía del interés superior del derecho a la salud de niños y adolescentes, y proporcionarles un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud, así como el acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva con garantía de atención respetuosa de la confidencialidad y la vida privada (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, pág. 7).

3.4 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes

Todos los precedentes citados en los párrafos previos sirvieron para que en 2005 se diera el paso decisivo para el reconocimiento específico de los derechos de los *jóvenes con la celebración de la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes*, la cual entró en

vigencia el 1 de marzo de 2008 y en cuyo documento -de carácter vinculante- los Estados Partes reconocen a los jóvenes como sujetos de derechos, actores estratégicos del desarrollo y personas capaces de ejercer responsablemente los derechos y libertades, y a la vez se comprometen a implementar y hacer cumplir los derechos y libertades consagrados en la Convención (Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica, 2005, pág. 9).

Así, en su artículo 1, dicha Convención define como “joven”, “jóvenes” y “juventud” a todas las personas comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad y que son sujeto y titular de los derechos que aquella reconoce, es decir, la totalidad de los derechos humanos, a la vez que ratifica aquellos que benefician a los menores de edad según la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica, 2005, pág. 11).

Dado lo anterior, esta definición es compatible en sus efectos con la definición del rango etario correspondiente a la adolescencia.

Entre dichos derechos, tanto civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, que esta Convención garantiza a los jóvenes de ambos sexos, están incluidos la igualdad de género (artículo 6), la protección contra los abusos sexuales (artículo 11), la libre elección de pareja (artículo 20), la educación sexual (artículo 23), y la salud (artículo 25).

Ligado al derecho a la educación, los Estados reconocen el derecho a la educación sexual (artículo 23) como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información relativa la reproducción y sus consecuencias.

Ésta se impartirá en todos los niveles educativos, dirigida a fomentar el ejercicio de una sexualidad responsable y orientada a su plena aceptación e identidad, así como a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y Sida, los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual (Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica, 2005, págs. 22-23).

Por otra parte, dicho documento dará un soporte jurídico al conjunto de los gobiernos iberoamericanos para que éstos puedan desarrollar políticas públicas dirigidas a la promoción y el fortalecimiento de las potencialidades de la juventud de la región.

De igual manera, el artículo 25 reconoce el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad, lo cual incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de los problemas de salud que se presentan en la edad juvenil, la información y prevención contra el alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas. Este derecho incluye asimismo la garantía de la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva (Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica, 2005, págs. 23-24).

3.5 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo -CIPD-

Tal y como se trató capítulos más atrás, un gran precedente normativo y jurídico con respecto a los derechos y la salud sexual y reproductiva lo constituye la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994.

Esta Conferencia sitúa la salud sexual y reproductiva como un importante componente de la salud, el bienestar y la vida de las personas durante todo su ciclo vital. Señala asimismo en el párrafo 7.2 que ésta entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, lo cual implica el derecho de acceso a la información y a los métodos de planificación familiar seguros y eficaces, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Naciones Unidas, 1994, pág. 37).

En este sentido, la Conferencia reconoce en el párrafo 7.3 los derechos reproductivos de toda persona como derechos humanos, los cuales abarcan a su vez otros derechos humanos ya ratificados internacionalmente. Señala, asimismo, el deber de los Estados en prestar atención particular a las necesidades de los adolescentes en todo lo relacionado a la salud reproductiva, especialmente el acceso a la información y a los servicios pertinentes “que ayude a éstos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable, comprender su sexualidad y prevenir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual” (Naciones Unidas, 1994, págs. 38, 46).

3.6 Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

De fecha más reciente, y en consonancia con lo que va del presente capítulo, es el *Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, el cual es producto del Comité Subregional conformado por iniciativa de los Ministros de Salud de los países de la Subregión Andina, el que tiene la finalidad de abordar todos los temas relacionados con la situación del embarazo no planificado en adolescentes. Se propone asimismo, identificar los determinantes sociales de esta problemática y su impacto en la salud y en los procesos de desarrollo humano, pues sus consecuencias se constituyen en un problema de Salud Pública dentro de la Subregión, por lo que se hace necesario "declarar prioritarios los planes para su prevención, su atención integral y para una respuesta intersectorial global" (OAS-UNFPA, 2007, págs. 2, 3).

Dado esto, sus objetivos, general y específicos, son planteados de la siguiente forma:

Contribuir a disminuir las brechas que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, y la equidad social y de género; con un enfoque intercultural y de participación social.

1. Desarrollar el diagnóstico de la situación del embarazo en adolescentes en la subregión.

2. Identificar modelos de atención que garanticen superar las barreras de acceso y la capacidad resolutiva en el sector salud.

3. Promover la participación de las y los adolescentes a través del intercambio de experiencias.

4. Sensibilizar a autoridades, sociedad civil, comunicadores y proveedores de salud sobre la importancia de contar con acciones y políticas que permitan la prevención del embarazo en adolescentes (OAS-UNFPA, 2007, pág. 5).

De igual manera, el logro de estos objetivos está encaminado a armonizar y acordar la normatividad de una política andina, a través de la cual los países orienten leyes, planes, programas y, en general, toda gestión pública destinada a dar respuesta a las necesidades en materia de derechos sobre salud sexual y reproductiva adolescente y, en particular, para prevenir el embarazo precoz, lo cual resulta esencial para el desarrollo social y el bienestar integral (OAS-UNFPA, 2007, pág. 8).

En consecuencia, todas las acciones y estrategias conjuntas que esta política plantea han de redundar en mejorar las condiciones de salud y de vida de los adolescentes, sin ningún tipo de discriminación, así como el acceso universal a la información y los servicios de salud pertinentes a sus realidades en favor de su desarrollo saludable (OAS-UNFPA, 2007, pág. 10).

Entre los principios bajo los cuales se enmarca la política planteada por el Plan están: la ratificación del marco de derechos humanos; el reconocimiento de necesidades específicas de salud de la población adolescente; el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, al

acceso a servicios de salud de calidad, a la confidencialidad y la autonomía, a beneficiarse de los avances científicos, a los principios de Beneficencia y de Justicia, y a la diversidad y pertinencia cultural.

Al reconocer las necesidades específicas de salud de los adolescentes como sujetos titulares de derechos, el Plan considera, entre otros aspectos, que éstos requieren para su desarrollo saludable una atención de salud que tenga como objetivo apoyar el logro de un desarrollo humano integral; que están expuestos a inequidades estructurales que afectan su salud, especialmente las adolescentes en situación de vulnerabilidad y pobreza, para lo cual se requiere estrategias intersectoriales para identificar e intervenir los factores incidentes (OAS-UNFPA, 2007, pág. 11).

Asimismo, los derechos sexuales y reproductivos se enmarcan dentro de los derechos humanos fundamentales, ratificando así el derecho de todo adolescente a tener control y tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y reproducción, libre de cualquier discriminación o coerción (OAS-UNFPA, 2007, pág. 12).

Ratifica asimismo el derecho fundamental a la educación, el cual incluye el derecho a recibir una educación sexual y el acceso universal y sin restricciones a la información en esta área que les permita a los adolescentes tomar mejores decisiones y, en particular, contar con herramientas para protegerse de riesgos para su salud. El acceso a la información debe ser universal y sin restricciones (OAS-UNFPA, 2007, pág. 13).

Para el logro de los objetivos relacionados con la óptima salud sexual y reproductiva de la población adolescente, el Plan destaca una serie de estrategias intersectoriales pertinentes, que van desde la elaboración de políticas, planes y programas; la capacitación de recursos humanos; la implementación de servicios de salud amigables y de calidad; la educación universal y la entrega de educación integral de la sexualidad; la abogacía; la investigación; la articulación intersectorial y el apoyo social a los grupos más vulnerables.

En cuanto a la elaboración de políticas, planes y programas, los países andinos deben, además, elaborar leyes que apoyen aspectos como la implementación de una educación sexual integral formadora basada en información científica actualizada, la entrega de atención de salud de calidad con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia y las ETS, con garantía de consejería y acceso a los métodos de anticoncepción. Asimismo, los Estados deben legislar en materia de abuso y violencia sexual, sobre el acceso a atención pre y post-natal calificada, diferenciando la atención a las adolescentes embarazadas, en particular a las menores de 15 años. De igual manera, se deben implementar políticas y programas que permitan garantizar la continuidad escolar, en particular de madres y padres adolescentes, para asegurar su incorporación laboral y el cuidado a sus hijos (OAS-UNFPA, 2007, págs. 18-19).

Por ello, el Plan señala que los países de la región deben garantizar el ingreso y permanencia de toda la población adolescente al sistema escolar, así como su reinserción, garantizando así el acceso al derecho a la educación como factor protector y de desarrollo, permitiendo así “retardar el inicio de la vida sexual hasta una etapa de mayor madurez física

y mental necesaria para hacerse cargo de las consecuencias de sus decisiones" (OAS-UNFPA, 2007, pág. 21).

En la misma dirección, señala la urgencia de establecer mecanismos efectivos de apoyo y protección a los adolescentes en situaciones de mayor vulnerabilidad y que presenten mayores requerimientos de salud en general y, en particular, mayores riesgos para la salud sexual y reproductiva, tales como los adolescentes "menores de 15 años, adolescentes fuera del sistema escolar, indígenas, afrodescencientes, rurales, en situaciones de calle, de explotación sexual, de violencia y abuso, de marginalidad social, refugiados, entre otros" (OAS-UNFPA, 2007, pág. 23).

Finalmente, y unido a todo lo anterior, el Plan insta a los Estado a propiciar la discusión pública sobre la relevancia de la salud sexual y reproductiva adolescente, convocando a actores claves, con el objetivo de aunar esfuerzos e influir positivamente sobre la opinión pública y todos los niveles de decisión, a fin de promover y respaldar las políticas públicas al respecto y minimizar resistencias sociales y culturales, así como los prejuicios y controversias que se dan al respecto (OAS-UNFPA, 2007, pág. 22).

PARTE II

CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL

CAPÍTULO IV

POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN

IV. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN

Es bien sabido que todo cuanto ocurre con los niños durante sus primeros años de vida tiene trascendencia tanto en su bienestar inmediato como en su futuro. Es precisamente en esta etapa cuando los niños construyen gran parte de los referentes con los cuales enfrentarán su vida adulta. En este sentido, se entiende que gran parte de la personalidad de un ser humano se forma durante los primeros seis años de vida, periodo en el cual el niño aprende de su entorno, de sí mismo y de otros, interiorizando patrones conductuales y formas de interpretar la realidad, patrones estos que repetirá a lo largo de su vida. De igual manera, si esta etapa se da en un entorno más seguro en el que se le garanticen sus derechos, tales como la educación y la salud, tendrá muchas más probabilidades de crecer sano y desarrollar óptimamente sus capacidades verbales y de aprendizaje. Sin embargo, a millones de niños y niñas alrededor del mundo se les niega estos derechos, impidiéndoles alcanzar todas sus posibilidades de desarrollo.

Cabe, entonces, preguntarse ¿Qué le ha de devolver a la sociedad un niño que sólo ha recibido maltrato, que no tiene referentes distintos a la violencia para actuar y que no ha desarrollado su potencial? ¿Cuáles serán sus acciones?

Y es que en el caso de Colombia, y en particular de la ciudad de Medellín, son muchos los niños que a diario se ven expuestos a un sinnúmero de situaciones y acciones violentas,

muchas de las cuales ni siquiera son reportadas a las autoridades, dado que por lo general el porcentaje de denuncia es mínimo y existe un gran temor, especialmente en las zonas periféricas de la ciudad, caracterizadas por altos índices de violencia y desplazamiento forzado.

A este respecto, cerca de 3 millones de personas (75% de los cuales son mujeres y niños) han sido víctimas de desplazamiento interno forzado debido al conflicto armado durante los últimos 15 años. Asimismo, las tasas de violencia doméstica son preocupantes, pues cerca del 40% de las mujeres han sido atacadas por sus compañeros, mientras que entre 2004 y 2009 la tasa de abuso sexual a menores de 18 años fue del 85.67% (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009, pág. 167).

Así, entonces, la violencia se constituye como uno de los factores de vulneración de los derechos de la infancia, de la mano con el miedo a denunciar y la ignorancia de los padres en gran parte de la población en condiciones de pobreza, quienes a pesar de saber que sus hijos están siendo vulnerados, violados, maltratados, o utilizados por actores armados ilegales y bandas delincuenciales, prefieren callar por temor a las represalias. Este factor suele agravarse cuando el padre o la madre fueron a su vez maltratados en la infancia, llegando a asumir tal comportamiento como “normal”, lo cual redunda entonces en un círculo vicioso.

En este sentido, el maltrato infantil relacionado con la violencia intrafamiliar en Colombia presenta índices poco alentadores durante los últimos años. En 2005, el Instituto de Medicina Legal informó que poco más 11.000 niños fueron víctimas de alguna o varias de las formas de maltrato infantil, sin contar los otros tantos que nunca son denunciados ante las

autoridades. Entre 2007 y 2008 dicha cifra aumentó considerablemente, pues del total de denuncias recibidas, 1.463 fueron por maltrato psicológico, 7.859 por maltrato físico y 6.140 por negligencia. Los expertos aseguran que los diferentes tipos de maltrato suman entre 20.183 y 23.871 (Vélez Restrepo, 2010).

Por otra parte, según información oficial de la Fiscalía General de La Nación, en 2008 existían solo 665 casos de niños y adolescentes reclutados por parte de grupos armados ilegales, mientras que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) daba cuenta de 4.061 jóvenes entre los 13 y 17 años de edad que se habían desvinculado de estos grupos, entre noviembre de 1999 y julio de 2009. Esto quiere decir que para entonces tan solo el 16% de estos casos estaban registrados y judicializados por el Estado.

Si bien Colombia fue uno de los primeros Estados de Latinoamérica en ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño en 1991, elevando de 15 a 18 años la edad mínima para el reclutamiento en fuerzas armadas, tal y como lo decretaría posteriormente el Protocolo Facultativo sobre la participación de niños en los conflictos armados. Consecuente con esto, el país ratificó también el 11 de noviembre de 2003 el Protocolo Facultativo relativo a la venta, la prostitución infantil y la utilización de niños en pornografía.

Como se mencionó ya, uno de los factores que inciden en la vulneración de los derechos de niños y adolescentes es el desplazamiento forzado merced del conflicto armado protagonizado por grupos de guerrilla y por paramilitares focalizado en muchas regiones del

país, y aún dentro de las principales ciudades. Al abandonar el campo y tener que migrar a éstas, las familias se encuentran con situaciones igual o aún más difíciles, propias del contexto urbano, caracterizado por el desempleo, la pobreza, y la presencia de bandas delincuenciales “combos” dedicados al microtráfico de drogas, y el enfrentamiento armado por el control territorial en los barrios periféricos de la ciudad, a lo cual se suma que la mayoría de dichos combos y bandas están integrados por menores de edad.

Según informes de La Policía de Infancia y Adolescencia de la ciudad de Medellín, cada año aumenta el número de adolescentes infractores aprehendidos y procesados por delitos como el hurto calificado y agravado, extorsión, porte ilegal de armas de fuego, tráfico y porte de estupefacientes, estafa, extorsión, secuestro y homicidio.

Otro factor que incide en la vulneración de los derechos de niños y adolescentes es la pobreza, que en gran medida redunda en la explotación y el trabajo infantil, puesto que la mayoría de los niños que crecen en familias pobres se ven obligados a trabajar para aportar en los ingresos familiares. Sobre este aspecto, la Organización Internacional del Trabajo estima que 787 mil niños colombianos con edades entre los 5 y 17 años desempeñan actividades de producción, bienes y servicios, de los cuales más de 30 corresponden a Medellín, siendo así explotados y abusados por los adultos, impidiéndoles además cualquier posibilidad de educación.

A nivel departamental, se estima que en Antioquia la cifra es de 60.000 menores vinculados al mundo laboral, en donde la principal rama de actividad de trabajo infantil es la agricultura, con un 36,4%, seguida del comercio, con una tasa de 30,4%. De estos infantes,

el 37,6% no recibe remuneración, el 28% recibe hasta la cuarta parte del salario mínimo, y otro 28,1% entre la cuarta parte y el 5,8% de un salario mínimo (Botero, 2009).

Sobre explotación sexual, en particular la prostitución de niñas y adolescentes, según cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y de Ciencias Forenses, cada 14 minutos es abusado un niño en Colombia y sólo entre un 5 y un 10% de los casos son denunciados por las víctimas. A este respecto, Medellín presenta casos tan graves como los de niñas que son extraídas del colegio para llevarlas a prestar servicios sexuales. Cabe señalar que la edad de ingreso al comercio sexual es cada vez más temprana, pues ésta ha pasado de los 12 a los 8-9 años de edad, en gran medida determinado por factores como el desplazamiento forzado, el desempleo y el madresolterismo, que contribuyen a que en las poblaciones de bajos recursos se recurra al oficio para satisfacer las necesidades básicas. Situación que se hace más grave en la medida en que la participación de los menores de edad se hace con el conocimiento de las familias, puesto que en muchos casos ni siquiera se tiene noción de delito (Gómez Ochoa, 2008).

4.1 Legislación sobre Infancia y Adolescencia

Desde el siglo pasado, el Estado colombiano comenzó a entender a la población infantil como personas cuyo bienestar era susceptible de vulneración. En un primer momento, las acciones del gobierno consistieron en fortalecer el aparato estatal creando entidades de carácter judicial tales como los juzgados de menores y los jueces de familia mediante la Ley

98 de 1920 con mecanismos jurisdiccionales tales como los Jueces de Familia y los Juzgados de Menores, destinados a la atención del menor con problemas de conducta.

En 1926 la Ley 79 da origen al Ministerio de Instrucción Pública para la educación y guarda de menores, y luego, en 1931 el gobierno aprueba la Ley 129 dirigida a la protección de los menores en caso de trabajo forzoso. Ya en 1946 se crean las Leyes de Tuición, entre ellas la Ley 83 o Ley Orgánica de la Defensa del Niño, en la cual se estipula por primera vez la protección del menor con limitaciones, se establece la minoría de edad hasta los 18 años, se definen estados de vulnerabilidad física y moral y las correspondientes medidas de protección, para lo cual se crea el Consejo Nacional de Protección Infantil.

Posterior a esto, el Decreto 1818 de 1964 crea el Consejo Colombiano de Protección Social del Menor y de la Familia con el que se reemplaza el Consejo Nacional de Protección Infantil y se organiza la División de Menores en el Ministerio de Justicia.

Pero en definitiva, sólo es hasta 1968 cuando los niños, niñas y adolescentes son diferenciados como grupo con características y necesidades propias, que requieren cuidado y salvaguardia de la integridad física, la salud y la educación, ya sea por intermedio de sus cuidadores directos o por instituciones dedicadas a tal fin, se crea y define, por medio de la Ley 75, una única autoridad legal a nivel nacional: *El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF*-, centralizando así los servicios de atención y protección dirigidos a los menores de edad y la familia y estableciendo los mecanismos para su protección. Asimismo, el Estado considera que no sólo es prioritaria la garantía de los derechos de los niños, sino también su defensa en la rama judicial, para lo cual se crea la figura del Defensor de Menores.

Más tarde, con el Decreto 2737 de 1989 se crea el *Código del Menor*, el cual fija normas para adelantar el Proceso Administrativo de Protección en el marco de la Doctrina de la Situación Irregular. Se crean también las Comisarías de Familia y Defensorías de Familia, las cuales entran a reemplazar la figura del Defensor de Menores y la Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia.

4.1.1 La Constitución Política de Colombia

Uno de los avances definitivos se da con la proclamación de Constitución Política de 1991, la cual incorpora en el bloque constitucional a través de la Ley 12 de 1991 lo consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño, definiendo con ello los derechos fundamentales de los niños y las niñas y sentando el marco jurídico para la posterior creación de la Ley de Infancia y Adolescencia.

De esta manera, la Constitución Política incorpora los principios de protección integral; de universalidad; de corresponsabilidad entre familia, sociedad y Estado en la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos; y de interés superior de dichos derechos, los cuales tienen prevalencia sobre los derechos de los demás, tal y como lo declara el artículo 3 de la Convención. Así, el artículo 44 consagra como derechos fundamentales de los niños:

la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia (Constitución Política de Colombia).

Corolario a éste, el artículo 50 declara que "Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado" (Constitución Política de Colombia)

En consonancia con el anterior, renglón seguido el artículo 45 consagra que "El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral". Señalando además la corresponsabilidad del Estado y la sociedad para garantizar su participación activa en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud. (Constitución Política de Colombia)

Asimismo en el artículo 42 declara que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad a la vez que garantiza su protección, por lo que "Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva en su armonía y unidad y será sancionada frente a la ley" (Constitución Política de Colombia).

Posterior a la Constitución Política se han dado una serie de decretos y leyes en esta misma dirección, a saber:

• Decreto 1397 del 2 de agosto de 1992, por el cual se adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, CIC.

• Ley 173 de 1994, mediante la cual Colombia adhirió al Convenio de La Haya; se inició un trabajo relacionado con los traslados ilícitos de menores.

• Decreto 0859 de 1995: Por el cual se crea el Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Menor Trabajador.

• Ley 311 de 1996, por la cual se crea el Registro Nacional de Protección Familiar y se dictan otras disposiciones de protección familiar.

• Ley 294 de 1996, por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.

• Ley 418 de 1997, (Vigente hasta el 2002); Por la cual se consagran unos instrumentos para la búsqueda de la convivencia, la eficacia de la justicia y se dictan otras disposiciones, específicamente tipificando el delito de reclutamiento de menores, solo para grupos armados ilegales.

• Ley 515 de 1999, expide de acuerdo con el Convenio 138 de la OIT la edad mínima de admisión al empleo.

• Ley 575 de 2000, por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 294/96, sobre prevención de la violencia intrafamiliar.

• Ley 679 de 2001, por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución Política.

• La Ley 765 de 2002 del 31 de julio, por medio de la cual se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía del 25 de mayo de 2000.

• La Ley 833 de 2003, por medio de la cual se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados, del 25 de mayo de 2000.

4.1.2 Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia

Como se mencionó párrafos más atrás, con la promulgación de la Constitución Política de 1991 y la incorporación en el bloque constitucional de los preceptos internacionales de la Convención sobre los Derechos del Niño, en la que precisamente se describen esos derechos y se establecen los compromisos que los Estados deben cumplir para garantizarlos, se inicia un proceso en el país para reformar el Código del Menor y ajustarlo a los nuevos mandatos constitucionales en materia de derechos humanos.

La Convención sobre los Derechos del Niño sancionó los derechos universales y específicos de la población mundial menor de 18 años, así como aquellas condiciones de vulnerabilidad (violencia y desigualdad) o de violación de tales derechos, lo que obliga a los Estados a atender y emprender acciones para superar y proscribir dichas condiciones que originan las vulneraciones y violaciones, y garantizar la igualdad material de derechos entre aquellos quienes no los tienen y les han sido vulnerados, con aquellos que en general los

tienen garantizados, y así restablecer dichos derechos mediante la provisión de políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la niñez y la adolescencia mediante el aseguramiento del ejercicio de sus derechos.

Esto le permitió al Estado colombiano establecer un derrotero de acción concreto para la defensa de los derechos de los niños, ya que, las medidas estatales anteriores consistieron en la creación y fortalecimiento de entidades que coadyuvaran en su defensa y tratamiento. Sin embargo, sólo hasta el año 2006 se da un avance concreto en esta dirección, al ser sancionada la Ley 1098 con la cual se crea el Código de Infancia y Adolescencia (Congreso de la República, 2006), que tiene por objeto, según dicta en su artículo 3, "establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento", derogando a su vez el precedente Código del Menor.

Según el artículo 3, esta Ley cobija a todas las personas menores de 18 años de edad, entendiendo como niño a toda persona entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, y como adolescente a toda persona entre doce (12) y dieciocho (18) años de edad, a quienes se reconocen como sujetos titulares de derechos por parte de la Convención sobre los Derechos del Niño, de los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, de la Constitución Política y de las leyes, sin discriminación alguna y bajo los principios universales de dignidad, igualdad y equidad.

El Código del Menor, específicamente, reconocía situaciones de riesgo a las que está expuesta la población infantil, sin tomar en cuenta situaciones como la explotación sexual, la tortura, la trata de personas o el desplazamiento forzado. Por su parte, La Ley de Infancia y Adolescencia abre las posibilidades de defensa y garantía de la infancia a través de la implementación y la aplicabilidad de los tratados internacionales ratificados por el Estado concernientes a la protección contra toda forma de violencia, abandono, maltrato, explotación, abuso sexual, desplazamiento forzado, reclutamiento ilícito, y trata de personas, entre otros derechos. Así, mientras el Código del Menor circunscribía su cobertura y su aplicabilidad a un porcentaje menor de la población infantil del país, la Ley de Infancia y Adolescencia aumenta su función presentando los derechos que deberán ser protegidos de acuerdo con las condiciones sociales actuales que rodean la infancia y adolescencia en el país. Asimismo, determina los principios rectores de la protección del menor y busca prevenir las situaciones irregulares que ponen en riesgo al niño y al adolescente y vulneran sus derechos.

Establece que un menor de edad está en situación irregular cuando se encuentre en situación de abandono o peligro, carezca de atención para satisfacer sus necesidades básicas, sea amenazado su patrimonio, participe de una actividad delictiva, no cuente con representación legal, presente deficiencia física, sensorial o mental, sea adicto al consumo de sustancias adictivas, ejerza trabajos no autorizados por la ley o se encuentre en situaciones especiales que atentan contra sus derechos y su integridad personal.

También busca implementar un sistema de responsabilidad penal para los adolescentes, pues dada la realidad social del país, caracterizada por el conflicto armado, la delincuencia

organizada, y el narcotráfico, una gran parte de quienes se ven involucrados en estas actividades suelen ser adolescentes, por lo cual requieren de un marco jurídico especial que no solo les de todas las garantías propias del debido proceso y el derecho de defensa, sino también les garantice la protección de sus derechos como menores de edad, razón por la cual deberán ser juzgados en un proceso penal de carácter diferenciado al de los adultos, y, en caso de privación de libertad, ésta solo podrá ser de hasta cinco (5) años y deberá cumplirse en centros especializados del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Aunque en Colombia, los adolescentes comienzan a ser responsables penalmente desde los 14 años de edad, entre los doce (12) y los catorce (14) años de edad no hay privación de la libertad, solo en el caso en que el adolescente incumpla la sanción impuesta o el compromiso con el juez. Entre los catorce (14) y dieciocho (18) años de edad, los adolescentes delincuentes serán penalizados como adultos, solo si en código penal vigente la pena mínima para el delito es de 6 años, al menor se le aplicará una pena de 5 años. En el caso de delitos como homicidio, secuestro o extorsión, se le impondrán hasta 8 años de pena privativa de la libertad en centros especializados de reclusión juvenil hasta cumplida la mayoría de edad.

Los jueces de infancia tienen también la labor de imponer otro tipo de sanciones cuando no haya cabida a la pena privativa de la libertad, tales como la Amonestación, la Imposición de reglas de Conducta, la Prestación de servicios a la comunidad y la libertad Asistida o libertad vigilada, y la Internación en horario medio o semi-cerrado, la cual es una privación de la libertad pero con permiso de cumplir un horario escolar.

Al ratificar todos y cada uno de los derechos humanos fundamentales, hace hincapié en el derecho a la vida y a la integridad, respecto de las cuáles señala el imperativo por la protección contra cualquier acción o factor que vulnere o atente contra estas, particularmente factores como el maltrato y el abuso. A este respecto, el artículo 18 define el maltrato infantil como:

> Toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.

4.1.2.1 Principios de la Ley de Infancia y Adolescencia

Entre los principios por los que se orienta la Ley de Infancia y Adolescencia se encuentra Interés Superior, la Perspectiva de Género y la Corresponsabilidad.

Interés Superior: Conforme al artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, y los artículos 44 y 45 de la Constitución Política se eleva al niño y al adolescente a la posición de sujetos merecedores de especial protección por parte del Estado, la sociedad y la familia. El artículo 8 de la Ley deja claro que todas las personas están obligadas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos de los niños y adolescentes, que son universales, interdependientes y prevalentes, es decir que en todo acto,

decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza tocante a los niños, las niñas y los adolescentes, “prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona.”

Protección Integral: En el artículo 7 la Ley reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, garantiza tanto el cumplimiento de estos así como “la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.” Esta protección se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal”.

En esta medida, al reconocer a los niños como sujetos de derechos con interés superior, al Estado colombiano le corresponde crear políticas y soluciones coherentes, tanto en su planificación como en su aplicación, en pro de los niños, niñas y adolescentes, su proyección y formación como seres de bien para la sociedad. Asimismo, le corresponden compromisos relacionados con el fortalecimiento de la familia, como primera responsable de la protección, educación y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

Perspectiva de Género: Según el artículo 12, la Ley reconoce las diferencias sociales, biológicas y psicológicas en las relaciones entre las personas según el sexo, la edad, la etnia y el rol que desempeñan en la familia y en el grupo social. De modo que no hay lugar a discriminaciones por razón de género en la garantía de los derechos, los cuales deben ser iguales para niños y niñas, teniendo en cuenta sus contextos sociales y culturales.

Corresponsabilidad: El artículo 10 señala la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.

Al definirse el desarrollo integral como un derecho universal, también se establece la corresponsabilidad de garantizar las condiciones para su realización, entre la familia, la sociedad y el Estado, tal y como lo plantea el artículo 10. En este sentido, al ser la primera encargada de su cuidado, su crianza y educación, la familia es responsable del desarrollo de la personalidad y de las capacidades iniciales del niño, a la vez que el Estado tiene la responsabilidad constitucional, económica y política de garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos, y la sociedad, el velar por la legitimación y la exigibilidad en la prevalencia de éstos derechos.

Es por ello fundamental tener presente en cada acción y estrategia planteada para la defensa de los derechos de la infancia, la familia como actor principal y célula de la sociedad. La Sociedad se proyecta como veedora de ese cumplimiento y el Estado como proveedor del camino jurídico para que se defiendan y respeten los derechos.

Dado lo anterior, la Ley define en su Capítulo II la serie de derechos y deberes que cobijan a los niños, niñas y adolescentes de la siguiente manera:

- Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano.

Este supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación,

vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.

- Artículo 18. Derecho a la integridad personal.

Supone la protección contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y, en especial, contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.

- Artículo 19. Derecho a la rehabilitación y la resocialización.

Este derecho en particular tiene un interés especial ya que encarna uno de los ejes de la Ley, en cuanto a que los menores infractores merecen especial consideración y a un trato diferenciado con respecto a los adultos. Así, pues, los niños, las niñas y los adolescentes que hayan cometido una infracción a la ley tienen derecho a la rehabilitación y resocialización, mediante planes y programas garantizados por el Estado e implementados por las instituciones y organizaciones que este determine en desarrollo de las correspondientes políticas públicas.

- Artículo 20. Derechos de protección. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

1. El abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención.

2. La explotación económica por parte de sus padres, representantes legales, quienes vivan con ellos, o cualquiera otra persona. Serán especialmente protegidos contra su utilización en la mendicidad.

3. El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización.

4. La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad.

5. El secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre.

6. Las guerras y los conflictos armados internos.

7. El reclutamiento y la utilización de los niños por parte de los grupos armados organizados al margen de la ley.

8. La tortura y toda clase de tratos y penas crueles, inhumanas, humillantes y degradantes, la desaparición forzada y la detención arbitraria.

9. La situación de vida en calle de los niños y las niñas.

10. Los traslados ilícitos y su retención en el extranjero para cualquier fin.

11. El desplazamiento forzado.

12. El trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo es probable que pueda afectar la salud, la integridad y la seguridad o impedir el derecho a la educación.

13. Las peores formas de trabajo infantil, conforme al Convenio 182 de la OIT.

14. El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, o la exposición durante la gestación a alcohol o cualquier tipo de sustancia psicoactiva que pueda afectar su desarrollo físico, mental o su expectativa de vida.

15. Los riesgos y efectos producidos por desastres naturales y demás situaciones de emergencia.

16. Cuando su patrimonio se encuentre amenazado por quienes lo administren.

17. Las minas antipersonales.

18. La transmisión del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual.

19. Cualquier otro acto que amenace o vulnere sus derechos.

- Artículo 21. Derecho a la libertad y seguridad personal.

- Artículo 22. Derecho a tener una familia y a no ser separado de ella.

- Artículo 23. Custodia y cuidado personal.

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a que sus padres en forma permanente y solidaria asuman directa y oportunamente su custodia para su desarrollo integral.

- Artículo 24. Derecho a los alimentos.

- Artículo 25. Derecho a la identidad.

- Artículo 26. Derecho al debido proceso.

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a que se les apliquen las garantías del debido proceso en todas las actuaciones administrativas y judiciales en que se encuentren involucrados.

- Artículo 27. Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral.

- Artículo 28. Derecho a la educación.

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Esta será obligatoria por parte del Estado en un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones estatales de acuerdo con los términos establecidos en la Constitución Política.

- Artículo 29. Derecho al desarrollo integral en la primera infancia.

Son derechos impostergables de la primera infancia, comprendida de los cero (0) a los seis (6) años de edad, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.

- Artículo 30. Derecho a la recreación, participación en la vida cultural y en las artes.

- Artículo 31. Derecho a la participación de los niños, las niñas y los adolescentes.

- Artículo 32. Derecho de asociación y reunión.

- Artículo 33. Derecho a la intimidad.

- Artículo 34. Derecho a la información.

- Artículo 35. Edad mínima de admisión al trabajo y derecho a la protección laboral de los adolescentes autorizados para trabajar.

La edad mínima de admisión al trabajo es a los quince (15) años. Para trabajar, los adolescentes entre los quince (15) y diecisiete (17) años requieren la respectiva autorización expedida por el Inspector de Trabajo o, en su defecto, por el Ente Territorial Local y gozarán de las protecciones laborales vigentes.

- Artículo 36. Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad.

Se entiende por discapacidad una limitación física, cognitiva, mental, sensorial o cualquier otra, temporal o permanente de la persona para ejercer una o más actividades esenciales de la vida cotidiana. Además de los derechos fundamentales, los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar de una calidad de vida plena, y a que se les proporcionen las condiciones necesarias por parte del Estado para que puedan valerse por sí mismos, e integrarse a la sociedad.

- Artículo 37. Libertades fundamentales.

Los niños, las niñas y los adolescentes gozan de las libertades al libre desarrollo de la personalidad y la autonomía personal, la libertad de conciencia y de creencias, de cultos, de pensamiento, de locomoción y para escoger profesión u oficio.

4.1.2.2 La familia en la Ley de Infancia y Adolescencia

Concerniente a la corresponsabilidad de la familia, el artículo 39 señala como su obligación el promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Agrega, además, que "cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada". Así, pues, la Ley expone las obligaciones que le son inherentes a la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes tal y como sigue:

1. Protegerles contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal.
2. Participar en los espacios democráticos de discusión, diseño, formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos de interés para la infancia, la adolescencia y la familia.
3. Formarles, orientarles y estimularles en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades, y en el desarrollo de su autonomía.
4. Inscribirles desde que nacen en el registro civil de nacimiento.
5. Proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo, y educarles en la salud preventiva y en la higiene.
6. Promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre este tema.

7. Incluirlos en el sistema de salud y de seguridad social desde el momento de su nacimiento y llevarlos en forma oportuna a los controles periódicos de salud, a la vacunación y demás servicios médicos.

8. Asegurarles desde su nacimiento el acceso a la educación y proveer las condiciones y medios para su adecuado desarrollo, garantizando su continuidad y permanencia en el ciclo educativo.

9. Abstenerse de realizar todo acto y conducta que implique maltrato físico, sexual o psicológico, y asistir a los centros de orientación y tratamiento cuando sea requerida.

10. Abstenerse de exponer a los niños, niñas y adolescentes a situaciones de explotación económica.

11. Decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas a los que pueda sostener y formar.

12. Respetar las manifestaciones e inclinaciones culturales de los niños, niñas y adolescentes y estimular sus expresiones artísticas y sus habilidades científicas y tecnológicas.

13. Brindarles las condiciones necesarias para la recreación y la participación en actividades deportivas y culturales de su interés.

14. Prevenirles y mantenerles informados sobre los efectos nocivos del uso y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

15. Proporcionarles a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad un trato digno e igualitario con todos los miembros de la familia y generar condiciones de equidad de oportunidades y autonomía para que puedan ejercer sus derechos. Habilitar espacios adecuados y garantizarles su participación en los asuntos relacionados en su entorno familiar y social.

Por su parte, las obligaciones de la sociedad y del Estado son definidas respectivamente de la siguiente forma:

Artículo 40. Obligaciones de la sociedad.

En cumplimiento de los principios de corresponsabilidad y solidaridad, las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones, las empresas, el comercio organizado, los gremios económicos y demás personas jurídicas, así como las personas naturales, tienen la obligación y la responsabilidad de tomar parte activa en el logro de la vigencia efectiva de los derechos y garantías de los niños, las niñas y los adolescentes. En este sentido, deberán:

1. Conocer, respetar y promover estos derechos y su carácter prevalente.

2. Responder con acciones que procuren la protección inmediata ante situaciones que amenacen o menoscaben estos derechos.

3. Participar activamente en la formulación, gestión, evaluación, seguimiento y control de las políticas públicas relacionadas con la infancia y la adolescencia.

4. Dar aviso o denunciar por cualquier medio, los delitos o las acciones que los vulneren o amenacen.

5. Colaborar con las autoridades en la aplicación de las disposiciones de la presente ley.

6. Las demás acciones que sean necesarias para asegurar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

Artículo 41. Obligaciones del Estado. El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá:

1. Garantizar el ejercicio de todos los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

2. Asegurar las condiciones para el ejercicio de los derechos y prevenir su amenaza o afectación a través del diseño y la ejecución de políticas públicas sobre infancia y adolescencia.

3. Garantizar la asignación de los recursos necesarios para el cumplimiento de las políticas públicas de niñez y adolescencia, en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal para asegurar la prevalencia de sus derechos.

4. Asegurar la protección y el efectivo restablecimiento de los derechos que han sido vulnerados.

5. Promover la convivencia pacífica en el orden familiar y social.

6. Investigar y sancionar severamente los delitos en los cuales los niños, las niñas y los adolescentes son víctimas, y garantizar la reparación del daño y el restablecimiento de sus derechos vulnerados.

7. Resolver con carácter prevalente los recursos, peticiones o acciones judiciales que presenten los niños, las niñas y los adolescentes, su familia o la sociedad para la protección de sus derechos.

8. Promover en todos los estamentos de la sociedad, el respeto a la integridad física, psíquica e intelectual y el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y la forma de hacerlos efectivos.

9. Formar a los niños, las niñas y los adolescentes y a las familias en la cultura del respeto a la dignidad, el reconocimiento de los derechos de los demás, la convivencia democrática y los valores humanos y en la solución pacífica de los conflictos.

10. Apoyar a las familias para que estas puedan asegurarle a sus hijos e hijas desde su gestación, los alimentos necesarios para su desarrollo físico, psicológico e intelectual, por lo menos hasta que cumplan los 18 años de edad.

11. Garantizar y proteger la cobertura y calidad de la atención a las mujeres gestantes y durante el parto, de manera integral durante los primeros cinco (5) años de vida del niño, mediante servicios y programas de atención gratuita de calidad, incluida la vacunación obligatoria contra toda enfermedad prevenible, con agencia de responsabilidad familiar.

12. Garantizar la inscripción y el trámite del registro civil de nacimiento mediante un procedimiento eficaz y gratuito. Para el efecto, la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Ministerio de la Protección Social conjuntamente reglamentarán el trámite administrativo que garantice que el niño o niña salga del centro médico donde nació, con su registro civil de nacimiento y certificado de nacido vivo.

13. Garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna.

Este derecho se hará efectivo mediante afiliación inmediata del recién nacido a uno de los regímenes de ley.

14. Reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años, y adelantar los programas de vacunación y prevención de las enfermedades que afectan a la infancia y a la adolescencia y de los factores de riesgo de la discapacidad.

15. Asegurar los servicios de salud y subsidio alimentario definidos en la legislación del Sistema de Seguridad Social en Salud para mujeres gestantes y lactantes, familias en situación de debilidad manifiesta y niños, niñas y adolescentes.

16. Prevenir y atender en forma prevalente, las diferentes formas de violencia y todo tipo de accidentes que atenten contra el derecho a la vida y la calidad de vida de los niños, las niñas y los adolescentes.

17. Garantizar las condiciones para que los niños y las niñas desde su nacimiento, tengan acceso a una educación idónea y de calidad, bien sea en instituciones educativas cercanas a su vivienda, o mediante la utilización de tecnologías que garanticen dicho acceso, tanto en los entornos rurales como urbanos.

18. Asegurar los medios y condiciones que les garanticen la permanencia en el sistema educativo y el cumplimiento de su ciclo completo de formación.

19. Garantizar un ambiente escolar respetuoso de la dignidad y los derechos humanos de los niños, las niñas y los adolescentes y desarrollar programas de formación de maestros para la promoción del buen trato.

20. Erradicar del sistema educativo las prácticas pedagógicas discriminatorias o excluyentes y las sanciones que conlleven maltrato, o menoscabo de la dignidad o integridad física, psicológica o moral de los niños, las niñas y los adolescentes.

21. Atender las necesidades educativas específicas de los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad, con capacidades excepcionales y en situaciones de emergencia.

22. Garantizar la etnoeducación para los niños, las niñas y los adolescentes indígenas y de otros grupos étnicos, de conformidad con la Constitución Política y la ley que regule la materia.

23. Diseñar y aplicar estrategias para la prevención y el control de la deserción escolar y para evitar la expulsión de los niños, las niñas y los adolescentes del sistema educativo.

24. Fomentar el deporte, la recreación y las actividades de supervivencia, y facilitar los materiales y útiles necesarios para su práctica regular y continuada.

25. Fomentar la participación en la vida cultural y en las artes, la creatividad y producción artística, científica y tecnológica de niños, niñas y adolescentes y consagrar recursos especiales para esto.

26. Prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos.

27. Prestar especial atención a los niños, las niñas y los adolescentes que se encuentren en situación de riesgo, vulneración o emergencia.

28. Protegerlos contra los desplazamientos arbitrarios que los alejen de su hogar o de su lugar de residencia habitual.

29. Asegurar que no sean expuestos a ninguna forma de explotación económica o a la mendicidad y abstenerse de utilizarlos en actividades militares, operaciones psicológicas, campañas cívico-militares y similares.

30. Protegerlos contra la vinculación y el reclutamiento en grupos armados al margen de la ley.

31. Asegurar alimentos a los niños, las niñas y los adolescentes que se encuentren en procesos de protección y restablecimiento de sus derechos, sin perjuicio de las demás personas que deben prestar alimentos en los términos de la presente ley, y garantizar mecanismos efectivos de exigibilidad y cumplimiento de las obligaciones alimentarias.

32. Erradicar las peores formas de trabajo infantil, el trabajo de los niños y las niñas menores de quince años, proteger a los adolescentes autorizados para trabajar, y garantizar su acceso y la permanencia en el sistema educativo.

33. Promover estrategias de comunicación educativa para transformar los patrones culturales que toleran el trabajo infantil y resaltar el valor de la educación como proceso fundamental para el desarrollo de la niñez.

34. Asegurar la presencia del niño, niña o adolescente en todas las actuaciones que sean de su interés o que los involucren cualquiera sea su naturaleza, adoptar las medidas necesarias para salvaguardar su integridad física y psicológica y garantizar el cumplimiento de los términos señalados en la ley o en los reglamentos frente al debido proceso. Procurar la presencia en dichas actuaciones de sus padres, de las personas responsables o de su representante legal.

35. Buscar y ubicar a la familia de origen o las personas con quienes conviva a la mayor brevedad posible cuando sean menores de edad no acompañados.

36. Garantizar la asistencia de un traductor o un especialista en comunicación cuando las condiciones de edad, discapacidad o cultura de los niños, las niñas o los adolescentes lo exijan.

37. Promover el cumplimiento de las responsabilidades asignadas en el presente Código a los medios de comunicación.

Subsiguiente a lo anterior, el capítulo II, sobre las Medidas de restablecimiento de los derechos, es uno de los ejes estructurales del principio de protección integral que inspira la aplicación de la Ley, y se refiere a que cuando cualquiera de los derechos contenidos en esta es amenazado o vulnerado, el Estado debe asegurar su restablecimiento a través de sus autoridades competentes, sea por medio de mecanismos de protección de derechos humanos

tales como los derechos de petición, la acción de tutela, o por vía de procedimientos administrativos para ordenar medidas de restablecimiento como los contenidos en la misma.

El artículo 50 define entonces el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, como “la restauración de su dignidad e integridad como sujetos y de la capacidad para hacer un ejercicio efectivo de los derechos que les han sido vulnerados”.

El restablecimiento de los derechos es responsabilidad del Estado en su conjunto a través de las autoridades públicas, las cuales deben informar, oficiar o conducir ante la policía, las defensorías de familia, las comisarías de familia o en su defecto, los inspectores de policía o las personerías municipales o distritales, a todos los niños o adolescentes que se encuentren en condiciones de riesgo o vulnerabilidad.

Dado esto, la autoridad competente deberá, de manera inmediata, verificar el estado de cumplimiento de cada uno de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, observando lo siguiente:

1. El estado de salud física y psicológica.
2. Estado de nutrición y vacunación.
3. La inscripción en el registro civil de nacimiento.
4. La ubicación de la familia de origen.
5. El estudio del entorno familiar y la identificación tanto de elementos protectores como de riesgo para la vigencia de los derechos.
6. La vinculación al sistema de salud y seguridad social.
7. La vinculación al sistema educativo.

Si al hacer la verificación la autoridad competente advierte vulneración o violación en alguno de sus derechos, deberá de manera inmediata ordenar las medidas de restablecimiento de sus derechos y protegerle físicamente, o en caso de detectar la ocurrencia de un posible delito, denunciarlo ante la autoridad penal. Para ello, el artículo 53 define las medidas de restablecimiento de derechos que la autoridad competente debe tomar.

- Artículo 54. Amonestación a los padres o a las personas responsables del cuidado del niño, niña o adolescente, con asistencia obligatoria a curso pedagógico y la orden perentoria de que cesen las conductas que puedan vulnerar o amenazar sus derechos.

- Artículo 55. Retiro inmediato del niño, niña o adolescente de la actividad que amenace o vulnere sus derechos o de las actividades ilícitas en que se pueda encontrar y ubicación en un programa de atención especializada para el restablecimiento del derecho vulnerado.

- Artículo 56. Ubicación inmediata en familia de origen o familia extensa. Si de la verificación se desprende que la familia carece de recursos económicos necesarios para garantizarle el nivel de vida adecuado, la autoridad competente informará a las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, para que le brinden a la familia los recursos adecuados mientras ella puede garantizarlos.

- Artículo 57. Ubicación en hogar de paso, en caso de que no aparezcan los padres, parientes o las personas responsables de su cuidado y atención, de manera inmediata y provisional por máximo 8 días, con familias que forman parte de la red de hogares de paso.

- Artículo 59. Ubicación en centros de emergencia para los casos en que no procede la ubicación en los hogares de paso.

- Artículo 60. Además de las anteriores, se aplicarán las consagradas en otras disposiciones legales, o cualquier otra que garantice la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes.

- Artículos 61 y 62. La adopción. Es una medida de protección a través de la cual, bajo la suprema vigilancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se establece de manera irrevocable, la relación paterno-filial entre personas que no la tienen por naturaleza.

- Artículo 63. Promover las acciones policivas, administrativas o judiciales a que haya lugar.

Para ello, el capítulo III define cuáles son las autoridades competentes para hacer el restablecimiento de los derechos de los niños y los adolescentes, a saber: Defensorías de Familia; Comisarías de Familia; Policía Nacional (Policía de la Infancia y la Adolescencia); Ministerio Público. A nivel municipal donde no haya Defensor de Familia, el Comisario de Familia asumirá esas funciones y en su ausencia le corresponderá al Inspector de Policía. Cada uno de los anteriores es definido por la Ley de la siguiente manera:

Artículo 79. Defensorías de Familia. Son dependencias del ICBF de naturaleza multidisciplinaria, encargadas de prevenir, garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 83. Comisarías de Familia. Son entidades distritales o municipales o intermunicipales de carácter administrativo e interdisciplinario, que forman parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, cuya misión es prevenir, garantizar, restablecer y reparar los derechos de los miembros de la familia conculcados por situaciones de violencia intrafamiliar y las demás establecidas por la ley.

Artículo 88. Misión de la Policía Nacional. La Policía Nacional es una entidad que integra el Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Su misión como miembro del Sistema, es garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes en el marco de las competencias y funciones que le asigna la ley. Tendrá como cuerpo especializado a la Policía de Infancia y Adolescencia que remplazará a la Policía de Menores.

Artículo 95. El Ministerio Público. Está integrado por la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, y las personerías distritales y municipales, y tendrán a su cargo las siguientes funciones:

1. Promover, divulgar, proteger y defender los Derechos Humanos de la infancia en las instituciones públicas y privadas con énfasis en el carácter prevalente de sus derechos, de su interés superior y sus mecanismos de protección frente a amenazas y vulneraciones.

2. Promover el conocimiento y la formación de los niños, las niñas y los adolescentes para el ejercicio responsable de sus derechos.

3. Tramitar de oficio o por solicitud de cualquier persona, las peticiones y quejas relacionadas con amenazas o vulneraciones de derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y su contexto familiar, y abogar en forma oportuna, inmediata e informal,

porque la solución sea eficaz y tenga en cuenta su interés superior y la prevalencia de los derechos.

4. Hacer las observaciones y recomendaciones a las autoridades y a los particulares en caso de amenaza o violación de los derechos humanos de los niños, las niñas y los adolescentes.

Parágrafo. Las personerías distritales y municipales deberán vigilar y actuar en todos los procesos judiciales y administrativos de restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, en aquellos municipios en los que no haya procuradores judiciales de familia.

La Ley provee dos procedimientos a seguir para el restablecimiento de los derechos de los niños y adolescentes cuando estos son vulnerados, uno administrativo y otro judicial.

Administrativo (Artículo 96 al 118): Son las diferentes medidas que le corresponden a los Defensores de Familia y Comisarios de Familia con el fin de procurar y promover la realización y restablecimiento de los derechos de los niños y adolescentes. Este procedimiento puede durar máximo seis (6) meses con el fin de practicar las pruebas y diligencias tendientes a proteger a los niños y adolescentes cuando sus derechos han sido vulnerados. Igualmente se toman las medidas de protección en favor de éstos.

Judicial (Artículo 119 al 138): Es el proceso que realiza el Juez de Familia con el fin de adoptar medidas de protección para los niños, niñas y adolescente a quienes se les han vulnerado sus derechos. Este se encarga de revisar las decisiones del Defensor de Familia o del Comisario de Familia, resolver sobre el restablecimiento de los derechos del niño, niña o

adolescente cuando el Defensor de Familia o el Comisario de Familia han perdido su competencia (después de 6 meses).

4.1.2.3 Responsabilidad penal para los adolescentes

La Ley define asimismo un sistema de responsabilidad penal para adolescentes a partir del artículo 139, el cual es "el conjunto de principios, normas, procedimientos, autoridades judiciales especializadas y entes administrativos que rigen o intervienen en la investigación y juzgamiento de delitos cometidos por personas que tengan entre catorce (14) y dieciocho (18) años al momento de cometer el hecho punible."

Según el artículo 140, este sistema tiene como principal finalidad en materia de responsabilidad penal, establecer medidas de carácter pedagógico, específico y diferenciado respecto del sistema de adultos, conforme a la protección integral, privilegiando con ello el interés superior del niño y garantizando la justicia restaurativa, la verdad y la reparación del daño.

Como se mencionó párrafos anteriores, los menores de 14 años no serán juzgados ni declarados responsables penalmente ni privados de libertad, bajo denuncia o sindicación de haber cometido una conducta punible. Tampoco lo serán los mayores de 14 y menores de 18 años con discapacidad psíquica o mental, a quienes se les aplicará la respectiva medida de seguridad, siempre y cuando la conducta punible guarde relación con la discapacidad (Artículo 142)

El artículo 146 provee que en todas las actuaciones del proceso y en las etapas de indagación, investigación y del juicio dentro del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, el adolescente deberá estar acompañado por el Defensor de Familia, quien verificará la garantía de los derechos del adolescente.

Según los artículos 169 y 170, cuando las conductas punibles realizadas por mayores de 14 años y que no hayan cumplido los 18 años de edad, dan lugar a responsabilidad penal y civil, la cual recae solidariamente en los padres, o representantes legales del menor, por lo cual deberán ser citados o acudir al incidente de reparación a solicitud de la víctima del condenado o su defensor para reparar los daños o perjuicios a que haya lugar.

Es particularmente importante lo enunciado en el artículo 175 porque atañe directamente a los factores determinantes de violencia y conflicto armado expuestas al inicio del presente capítulo, a saber:

> Artículo 175. El principio de oportunidad en los procesos seguidos a los adolescentes como partícipes de los delitos cometidos por grupos armados al margen de la ley. La Fiscalía General de la Nación podrá renunciar a la persecución penal, en los casos en que los adolescentes, en cualquier condición hayan hecho parte de grupos armados al margen de la ley, o hayan participado directa o indirectamente en las hostilidades o en acciones armadas o en los delitos cometidos por grupos armados al margen de la ley cuando:

1. Se establezca que el adolescente tuvo como fundamento de su decisión las condiciones sociales, económicas y culturales de su medio para haber estimado como de mayor valor la pertenencia a un grupo armado al margen de la ley.

2. Se establezca que la situación de marginamiento social, económico y cultural no le permitían al adolescente contar con otras alternativas de desarrollo de su personalidad.

3. Se establezca que el adolescente no estaba en capacidad de orientar sus esfuerzos a conocer otra forma de participación social.

4. Por fuerza, amenaza, coacción y constreñimiento.

Los adolescentes que se desvinculen de grupos armados al margen de la ley, tendrán que ser remitidos al programa de atención especializada del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para niños, niñas y adolescentes desvinculados de grupos armados irregulares.

Parágrafo. No se aplicará el principio de oportunidad cuando se trate de hechos que puedan significar violaciones graves al Derecho Internacional Humanitario, crímenes de lesa humanidad o genocidio de acuerdo con el Estatuto de Roma.

En consecuencia, el artículo 177 define como sanciones aplicables a los adolescentes a quienes se les haya declarado su responsabilidad penal:

1. La amonestación.
2. La imposición de reglas de conducta.
3. La prestación de servicios a la comunidad.
4. La libertad asistida.
5. La internación en medio semicerrado.
6. La privación de libertad en centro de atención especializado.

El artículo 178 establece que la finalidad de estas sanciones es protectora, educativa y restaurativa, y se aplicarán con el apoyo de la familia y de especialistas, asegurando además, que el adolescente esté vinculado al sistema educativo.

Por su parte, el artículo 192 señala que en los procesos por delitos en los cuales los niños, las niñas o los adolescentes sean víctimas el funcionario judicial tendrá en cuenta los principios del interés superior del niño, prevalencia de sus derechos, protección integral y los derechos consagrados en los Convenios Internacionales ratificados por Colombia, en la Constitución Política y en esta ley.

Finalmente, el capítulo I del Libro III, Sistema Nacional de Bienestar Familiar y políticas públicas de infancia y adolescencia, articula y da sentido a los precedentes en cuanto ofrece los lineamientos para el diseño y la adopción de políticas públicas sobre infancia y adolescencia. Así, el artículo 203 indica que dichas políticas han de regirse por los siguientes principios:

1. El interés superior del niño, niña o adolescente.
2. La prevalencia de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.
3. La protección integral.
4. La equidad.
5. La integralidad y articulación de las políticas.
6. La solidaridad.
7. La participación social.
8. La prioridad de las políticas públicas sobre niñez y adolescencia.
9. La complementariedad.

10. La prioridad en la inversión social dirigida a la niñez y la adolescencia.

11. La financiación, gestión y eficiencia del gasto y la inversión pública.

12. La perspectiva de género (Congreso de la República, 2006).

Asimismo, el artículo 206 define la creación del Consejo Nacional de Política Social, el cual es el ente responsable de diseñar la política pública, movilizar y apropiar los recursos presupuestales y dictar las líneas de acción para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y asegurar su protección y restablecimiento en todo el territorio nacional.

4.1.3 Conpes 109 de 2007

Obedeciendo a la normatividad internacional vinculante como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC-, los Objetivos del Milenio –OMD- y, en particular, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, y a la normatividad nacional como La Constitución Política de 1991, el artículo 29 de la Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia) en lo referente al derecho universal a la atención integral en la primera infancia, así como a los artículos 205 y 206 de esta última referentes a la implementación de Políticas Públicas en pro de la infancia y la adolescencia, el Estado colombiano aprueba el documento Conpes Social 109 de 2007 mediante el cual se establece la Política Pública Nacional de Primera Infancia, la cual tiene como objetivo general el "promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad; respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al

logro de la equidad e inclusión social en Colombia" (Ministerio de Protección Social, 2007, pág. 28).

Esta política obedece a los mismos principios de perspectiva de derechos, atención integral, equidad, inclusión, corresponsabilidad e integralidad. Así, la atención integral en la primera infancia abarca aspectos físicos, psíquicos, afectivos, sociales, cognitivos y espirituales, independientemente de la condición personal o familiar, que se traducen en derechos impostergables a atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial, los cuales tienen prevalencia sobre el resto de la sociedad, cuya garantía y cumplimiento son corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado. Asimismo, sus objetivos específicos están definidos así:

1. Fortalecer y aumentar las coberturas de educación inicial en sus modalidades de atención integral en los entornos comunitario, familiar e institucional; garantizando su sostenibilidad financiera.
2. Posicionar el tema de primera infancia para sensibilizar y movilizar al país sobre la importancia crucial de los primeros años de vida en el desarrollo humano y como factor de progreso y desarrollo de la nación.
3. Promover la salud, la nutrición y los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, prevenir y atender la enfermedad, e impulsar prácticas de vida saludable y condiciones de saneamiento básico y vivienda.
4. Promover prácticas socioculturales y educativas, que potencien el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 6 años.

5. Garantizar la protección integral y la restitución de los derechos de los niños y niñas que hayan sido vulnerados, especialmente aquellos pertenecientes a grupos y/o poblaciones en riesgo.

6. Potenciar a las familias y cuidadores primarios para relacionarse con los niños y las niñas de manera más equitativa e inclusiva, e igualmente a los centros de desarrollo infantil y la comunidad, partiendo del respeto por la diversidad cultural en las pautas de crianza.

7. Crear y fortalecer los mecanismos necesarios para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la política de primera infancia, para que tanto el Estado como la Sociedad puedan realizar análisis periódicos para garantizar una eficiente y eficaz gestión de la política (Ministerio de Protección Social, 2007, pág. 28).

Así, y con el fin de orientar las acciones de política en los ámbitos nacional y territorial, el documento establece las siguientes líneas estratégicas para su dirección y ejecución:

1. Ofrecer atención integral a la primera infancia

• Fortalecer la implementación y ampliar la cobertura de las modalidades de atención integral en los entornos comunitario, familiar e institucional.

• Garantizar la sostenibilidad financiera de los programas de atención integral.

2. Mejorar la supervivencia y la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia

• Incrementar progresivamente la afiliación a la seguridad social en salud, promoviendo la focalización de los subsidios en los niños y niñas menores de 6 años, a las mujeres gestantes, madres en lactancia y en edad fértil, y la prestación de los servicios con calidad.

• Coordinar intersectorial e interinstitucionalmente la implementación de las estrategias dirigidas a promover la salud y estilos de vida saludables para la primera infancia en la familia, y al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud y del entorno (escuela, instituciones, parques, vecindario) en que se desarrollan los niños y niñas de 0 a 6 años.

3. Mejorar los procesos de identificación en la primera infancia

• Garantizar a los niños el derecho a ser reconocidos por sus padres, a tener una identidad y los elementos que la constituyen (nombre, nacionalidad y filiación) para acceder a los derechos y servicios que garantiza tener una ciudadanía. Para tal fin la Registraduría Nacional del Estado Civil, implementará estrategias a nivel nacional y local para que todos los niños y niñas, inmediatamente después de su nacimiento, sean registrados, inclusive en los hospitales.

4. Promover el desarrollo integral de la primera infancia

• Implementar la política de educación inicial como una estrategia para potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas de 0 a 6 años, en las modalidades de entorno familiar, comunitario e institucional establecidas por el Ministerio de Educación Nacional- MEN y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF. Esta tendrá como marco conceptual el enfoque de competencias para la primera infancia y orientaciones pedagógicas, las cuales favorecerán la creación de ambientes tempranos de aprendizaje

no escolarizados, que incluyan como elemento fundamental el juego, el arte, la literatura y demás lenguajes expresivos, el papel de la familia, el afecto y la promoción del buen trato.

• Garantizar a todos los niños y niñas de 5 y 6 años el acceso al grado de transición y desarrollar acciones de articulación educativa, interinstitucional e intersectorial que permitan el adecuado tránsito de los niños y las niñas a la básica primaria y su permanencia en el sistema educativo.

• Aumentar la asistencia y permanencia en el grado de transición de los niños y niñas de 5 y 6 años, con el fin de garantizar el acceso a la básica primaria.

• Fortalecer la capacidad institucional de las entidades territoriales a través del acompañamiento y la asistencia técnica en los procesos de participación, diseño y gestión local para la implementación de la política de educación inicial.

• Fortalecer en las Entidades Territoriales la implementación de los diferentes programas de salud infantil que orienta el Ministerio de la Protección social.

5. Garantizar la protección y restitución de los derechos

Coordinar y fortalecer, entre las entidades responsables, los programas existentes orientados a la protección de los niños y niñas en situación de abandono, desnutrición, discapacidad, desplazamiento forzado, maltrato, abuso y peligro, para restituir sus derechos haciendo énfasis en sus características y necesidades específicas.

6. Mejorar la calidad de la atención integral

• Definir los requerimientos básicos de un servicio de calidad para la prestación de servicios de cuidado y educación, o de atención integral dirigidos a la primera infancia

• Cualificar a agentes prestadores de servicios para la primera infancia.

• Fortalecer la articulación entre la educación inicial y la básica primaria.

• Impulsar iniciativas nacionales y locales para la formación de agentes educativos (padres de familia, cuidadores y docentes) que permitan mejorar la calidad de la interacción con los niños y niñas, en relación con la protección de la vida, la salud, la nutrición y la generación de las condiciones necesarias para el adecuado desarrollo emocional, físico, cognitivo y social de los niños y las niñas en la primera infancia.

• Fortalecer el uso de medios y nuevas tecnologías para fomentar la adquisición de competencias de los niños y niñas, y brindar herramientas de formación y apoyo a los agentes educativos con el fin de facilitar adecuadas prácticas de crianza para el armónico desarrollo de los niños y las niñas.

• Promover la descentralización y el fortalecimiento de las estrategias de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia y la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en sus cuatro componentes (clínico, neonatal, comunitario y gestión local).

7. Fomentar la participación

Fomentar la participación de los niños y las niñas hasta los 6 años, de acuerdo con su nivel de desarrollo, y la inclusión por parte de los hacedores de políticas públicas en el desarrollo de programas y proyectos dirigidos a la primera infancia.

8. Realizar seguimiento y evaluación

En coordinación con la Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas del Departamento Nacional de Planeación- DNP, el Ministerio de Protección Social- MPS, el

Ministerio de Educación Nacional- MEN y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, se diseñará la estrategia para evaluar la implementación y el impacto de la política en los niños y niñas de 0 a 6 años.

9. Promover la comunicación y movilización por la primera infancia

• Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la primera infancia, el desarrollo y la protección de los niños en esa fase del ciclo de vida.

• Promover la corresponsabilidad social y comprometer a grupos específicos de la población, como garantes de los derechos de la primera infancia.

• Posibilitar la expresión de los niños y niñas menores de 6 años.

10. Promover la formación del talento humano y la investigación

Diseñar e implementar un sistema para la formación del talento humano que promueva la investigación y el reconocimiento de experiencias significativas en primera infancia (Ministerio de Protección Social, 2007, págs. 29-33).

4.1.4 Conpes 113 de 2007

Concatenado al anterior y obedeciendo a los mismos precedentes normativos, el documento Conpes Social 113 define la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN), cuyo principal objetivo es garantizar que toda la población colombiana

disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad" (Ministerio de Protección Social, 2008, pág. 28).

El documento incorpora la definición del concepto sobre seguridad alimentaria y nutricional que parte del reconocimiento internacional del derecho de toda persona a no padecer hambre, el cual queda definido como:

> La disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa (Ministerio de Protección Social, 2008, pág. 4).

Renglón seguido, indica que una persona está en privación de este derecho si:

1) Carece de la posibilidad de alcanzar una canasta que incluya los niveles mínimos de alimentos necesarios para una alimentación suficiente (dimensión de los medios económicos) y 2) Si no tiene la posibilidad o la facultad de transformar los medios e instrumentos disponibles (y a los cuáles tiene acceso) que le permita alimentarse de manera adecuada y, en consecuencia, tener una vida saludable y activa (dimensión de calidad de vida y bienestar) (Ministerio de Protección Social, 2008, págs. 3-4).

En consonancia con esto, la Política de Seguridad Alimentaria está dirigida a toda la población colombiana, y hace énfasis en la realización de acciones dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales y económicas, asociadas a la inseguridad alimentaria y nutricional, priorizando dichas acciones en los grupos de población en condiciones de vulnerabilidad, tales como los desplazados por la violencia, los afectados por los desastres

naturales, las minorías étnicas, los niños, las mujeres gestantes y las madres en lactancia, y los grupos de personas y campesinos de más bajos recursos (Ministerio de Protección Social, 2008, pág. 26).

Según lo anterior, la *dimensión de los medios económicos* hace referencia a la posibilidad potencial de las personas de adquirir una canasta suficiente de alimentos inocuos y de calidad para el consumo, mediante el mercado y el autoconsumo, entre otros. En su defecto, una persona está en una situación potencial de hambre o malnutrición cuando:

(i) Existe escasez de oferta de alimentos de la canasta básica;

(ii) se genera algún cambio en sus dotaciones iniciales de ingresos y/o de activos físicos y humanos, por ejemplo, pérdida de la tierra (o de las capacidades productivas de ésta), discapacidad del jefe del hogar, etc. y

(iii) ocurre un cambio en su poder adquisitivo (alza en los precios de los alimentos, caída en los salarios, caída en el precio de los bienes que produce el individuo para la venta).

Dado esto, una situación de inseguridad alimentaria y nutricional puede originarse potencialmente por elementos de oferta o por causas de demanda.

La dimensión de calidad de vida y bienestar se refiere a los factores que inciden en la calidad de vida, tales como la conducta de las personas, las familias o las comunidades y los servicios públicos como la educación, la salud y el saneamiento básico. En este sentido, la conducta se ve reflejada en los hábitos de consumo y en los estilos de vida que, de alguna forma, determinan la posibilidad de convertir los alimentos de la canasta básica en alimentación adecuada o generar riesgos de inseguridad alimentaria y nutricional. Asimismo, la educación, la salud y el saneamiento básico se constituyen en un puente fundamental para

la promoción de estilos de vida saludable, de hábitos de consumo y de aprovechamiento biológico (Ministerio de Protección Social, 2008, pág. 5).

Teniendo en cuenta lo anterior y el concepto mencionado de seguridad alimentaria y nutricional, esta se define por los ejes de:

a) Disponibilidad de alimentos: es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local. Está relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación.;

b) Acceso físico y económico a los alimentos: Es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos;

c) Consumo: Se refiere a los alimentos que comen las personas y las creencias, las actitudes y las prácticas en torno suyo, las cuales están determinadas por la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia;

d) Aprovechamiento o utilización biológica: Se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo, lo cual depende del medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía.

e) Calidad e inocuidad: Se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, entre ellas la inocuidad. Sus determinantes básicos son: la normatividad (elaboración, promoción, aplicación, seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos (Ministerio de Protección Social, 2008, págs. 5-7).

Destacan entre sus objetivos específicos los de:

- Crear las condiciones para que la población colombiana, en particular los grupos de población en condiciones de vulnerabilidad, tenga acceso como mínimo a los alimentos de la canasta básica, que le permita satisfacer las necesidades alimentarias y nutricionales. De la misma manera, desarrollar competencias para impulsar la producción para autoconsumo y para generación de ingresos.
- Garantizar a la población colombiana, en situación de inseguridad alimentaria y nutricional, el acceso físico a los alimentos, o los medios para acceder a ellos, especialmente a la población afectada por desastres naturales y antrópicos.
- Crear condiciones para un mejor desarrollo educativo contribuyendo al rendimiento escolar de los estudiantes, a su asistencia regular a la escuela y permanencia en el sistema educativo (Ministerio de Protección Social, 2008, págs. 28-29).

4.1.5 Ley 1295 de 2009

Consecuente con toda la normatividad referida previamente, en 2009 es aprobada la Ley 1295, "Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBÉN", cuyo objeto es, según el artículo 1:

> Contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del SISBÉN, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud (Congreso de la República, 2009).

Define así mismo en el artículo 4 la corresponsabilidad interinstitucional en el desarrollo y ejecución del modelo de atención integral que la ley ordena, y de acuerdo con sus responsabilidades y competencias, entre el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– y el Ministerio de Educación Nacional, así como los gobiernos departamentales, municipales y distritales. Asimismo, el Ministerio de la Protección Social ha de garantizar que las mujeres en gestación y todos los niños menores de 6 años de edad de los niveles 1, 2 y 3 del SISBÉN tengan cobertura en salud y en los programas de prevención de la enfermedad, tal y como lo establecen los artículos 29 y 46 de la ya referida Ley 1098 de 2006 (Congreso de la República, 2009).

Consiguientemente, entre los artículos 5 y 11 la Ley plantea el modelo de atención integral según los siguientes ejes: Distribución de los actores según la edad; Responsabilidad general

de los entes territoriales; Apoyo de otras instituciones; Infraestructura; Participación de los actores del modelo; Discapacitados físicos o mentales; y Niños con características especiales.

- *Distribución de los actores según la edad* (Artículo 5): El Ministerio de la Protección Social garantizará a las mujeres gestantes de los niveles 1, 2 y 3 del SISBÉN, la atención integral necesaria para la adecuada formación del niño durante la vida fetal . Asimismo, El Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF garantizarán al niño la atención integral en salud, nutrición y educación inicial según modelos pedagógicos flexibles diseñados para cada edad, desde el nacimiento hasta los seis años.

- *Responsabilidad general de los entes territoriales* (Artículo 6): Las gobernaciones, alcaldías y distritos garantizarán el desarrollo de planes regionales y locales de atención integral a la primera infancia en coordinación con las dependencias locales y nacionales encargadas de su desarrollo.

- *Apoyo de otras instituciones* (Artículo 7): El Ministerio de Educación Nacional y el ICBF promoverán la formación de profesionales capacitados para la atención integral de la primera infancia objeto del modelo de la ley, en labores de atención en nutrición, logro de competencias específicas por medio de metodologías flexibles y especiales y formación en valores. Por su parte, los hospitales deberán crear programas de recuperación nutricional ambulatoria que involucren procesos de valoración, tratamiento y seguimiento al niño; y capacitación en mejores prácticas alimentarias dirigida a los padres de familia y/o cuidadores.

- *Infraestructura* (Artículo 8): La infraestructura para la prestación de estos servicios (guarderías de atención integral, centros de bienestar, hogares juveniles, jardines, ludotecas y escuelas infantiles) incluye la ya existente en el país, espacios públicos como parques y zonas de recreación, y la que deberá construirse, adaptarse y dotarse, a fin de proveer espacios y materiales adecuados según la edad para la formación.

-*Participación de los actores del modelo* (Artículo 9): Los Ministerios de Educación Nacional, Protección Social y el ICBF cubrirán con sus capacidades y recursos las zonas de menor desarrollo del país, especialmente aquellas que demuestren insolvencia para prestar el servicio. Los departamentos, con las seccionales del ICBF y las Secretarías de Educación y Salud, cubrirán en su región las zonas campesinas, y los municipios, con las localidades del ICBF y las Secretarías de Educación y Salud, su respectiva municipalidad o distrito. Cada región debe asumir los compromisos que le corresponden, de acuerdo con las metas consignadas en la propuesta de atención integral.

- *Discapacitados físicos o mentales* (Artículo 10): Los niños de la primera infancia con discapacidad física o mental, que por sus condiciones físicas o mentales no puedan estar en los centros tradicionales de formación, deberán recibir una atención especial y especializada en lugares adaptados para tales fines. Las Instituciones de Educación Superior y las Normales Superiores deberán diseñar y ejecutar programas especiales para formar profesionales necesarios para prestar dichos servicios.

- *Niños con características especiales* (Artículo 11): Los niños de la primera infancia con particularidades específicas, por su genialidad o por su habilidad especial en el campo de las

ciencias y las artes de los niveles 1, 2 y 3 del SISBÉN recibirán una atención especial con profesionales formados para tales fines y con programas de educación y formación en las ciencias, la música y las artes (Congreso de la República, 2009).

4.2 Estrategia "De Cero a siempre"

Recapitulando el apartado previo que trata sobre la normatividad nacional concerniente a la primera infancia y la adolescencia, y en particular a las políticas públicas al respecto, inicialmente la Ley 1098 o Código de Infancia y Adolescencia ordenaba la creación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (art. 205) en cabeza del ICBF, y la creación del Consejo Nacional de Política Social (art. 206).

En esta misma dirección, la Ley 1295 de 2009 (Atención Integral de la primera infancia) ordena la creación de la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral de la Primera Infancia, y luego, la Ley 1450 de 2011 (Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014) ordena la creación de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia (art. 136) y la Estrategia para la Atención Integral de la Primera Infancia denominada "De Cero a Siempre" (art. 137).

Dando cumplimiento a estas dos últimas, el Decreto 4875 de 2011 crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia -CIPI- y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia.

La Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia - CIPI, integrada por la Consejería Presidencial para la Primera Infancia –CPPI- , los Ministerios de Educación Nacional, de Cultura, de Salud y Protección Social, el Departamento Nacional de Planeación, y Prosperidad Social, con su entidad adscrita, el ICBF, tiene la finalidad de formular y coordinar la Política Nacional para la Atención Integral de la Primera Infancia, y entre cuyas funciones están las de adoptar el Plan de Acción Nacional para implementar la Estrategia "De Cero a Siempre", coordinar su diseño, implementación y seguimiento técnico y operativo y darle dirección en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal.

Así, pues, el mismo año es implementada la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre", la cual es un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial en cabeza del ICBF, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, es decir, garantizar la protección, la salud, la nutrición y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años de edad, a través de un trabajo intersectorial que articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para dicho fin. En este sentido, la estrategia está dirigida a los 5.132.000 niños y niñas de 0 a 5 años del país, especialmente aquellos en condición de vulnerabilidad y de pobreza.

Dado esto, la Estrategia se propone unificar la oferta de las diferentes modalidades de atención institucional del país y regularlas según unos mismos estándares de calidad para la modalidad de atención en Centros de Desarrollo Infantil (CDI), establecidos por la Comisión Intersectorial. Asimismo, esta Estrategia cuenta con cinco objetivos generales:

-Garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños en primera infancia.

-Definir una política pública de largo plazo que oriente al país en materia de sostenibilidad técnica y financiera, universalización de la atención y fortalecimiento de los territorios.

-Garantizar la pertinencia y calidad en la Atención Integral a la Primera Infancia, articulando acciones desde antes de la concepción, hasta la transición hacia la educación formal.

-Sensibilizar y movilizar a toda la sociedad colombiana con el propósito de transformar las concepciones y formas de relación con los niños y las niñas más pequeños.

-Hacer visible y fortalecer la familia como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano (Comisión Intersectorial de Primera Infancia, 2012, pág. 13).

La materialización del desarrollo integral en cada infante se da mediante el cumplimiento de una serie de condiciones, relacionadas con el ejercicio de derechos, denominadas "Realizaciones", las cuales son:

1. Es acogido, es decir que cuenta con padre, madre o cuidadores principales, que le acogen y ponen en práctica pautas de crianza, que favorecen su desarrollo integral.
2. Está saludable, lo que significa que vive y disfruta del nivel de salud lo más alto posible.
3. Está nutrido adecuadamente, esto es que goza y mantiene un estado nutricional adecuado.
4. Crece en ambientes que favorecen su desarrollo.
5. Construye su identidad en un marco de diversidad.
6. Es escuchado y tenido en cuenta, es decir, que expresa sus sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y éstos son tenidas en cuenta.

7. Sus derechos son promovidos y restablecidos, pues crece en un contexto que promociona sus derechos, y actúa ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.

La integralidad propuesta por la Estrategia está expresada en tres elementos: a) la concepción del infante y sus derechos; b) la atención y c) la gestión.

a) La Estrategia reconoce a los niños y niñas como integrales en su ciclo vital, en sus dimensiones humanas, y como sujetos de derechos. Asimismo los asume como diversos, con intereses y necesidades particulares, con capacidades y potencialidades propias y que cumplen un papel activo en su desarrollo y en el de su comunidad. Reconoce también sus derechos como universales, indivisibles, interdependientes, irreversibles, progresivos, exigibles e irrenunciables, que como ya mencionó párrafos atrás, se concretan en las realizaciones.

b) La atención de los niños es integral cuando está presente en los contextos cotidianos de éstos, es decir, el hogar, los centros de atención en salud y de desarrollo infantil y espacios públicos y está dirigida a garantizar el pleno ejercicio de sus derechos con disponibilidad, accesibilidad, calidad, inclusión y sostenibilidad para la infancia según sea su edad, contexto y condición.

c) La gestión de las acciones y las labores de cada actor ha de llevarse a cabo de manera articulada y en contexto con las de los demás, configurándose así bajo el principio de intersectorialidad y la corresponsabilidad. Dichos actores son tanto los de la estructura del Estado (salud, educación, cultura, bienestar, planeación, etc.), como los de la estructura social (sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, academia, comunidad, entre otras) (Comisión Intersectorial de Primera Infancia, 2012, págs. 14-15).

La implementación de la Estrategia y el logro de las realizaciones para cada niño dependen de una Ruta integral que traza el derrotero de acciones estratégicas y sus relaciones. Esta ruta es el referente de orientación para la atención integral a la primera infancia e incluye las diferentes áreas de derechos, a saber: cuidado y crianza; salud, alimentación y nutrición; educación inicial; construcción de ciudadanía y participación; y recreación. Define así tres tipos de atenciones: atenciones universales, atenciones especializadas, y atenciones diferenciales, las cuales contribuyen a asegurar el conjunto de condiciones familiares, sociales y comunitarias indispensables para que cada niño o niña alcance su desarrollo integral, señalando asimismo los momentos clave del desarrollo como son la gestación, el primer mes, los 6 meses, el primer año, los 2 años, los 3 años, los 4 años y los cinco años.

Estas atenciones son las siguientes:

1. Crianza (Formación y acompañamiento familiar)
2. Consulta preconcepcional
3. Control Prenatal
4. Control de crecimiento y desarrollo
5. Atención al parto y al recién nacido
6. Vacunación
7. Consulta odontológica
8. Acceso a bienes culturales
9. Acceso a bibliotecas públicas
10. Oferta de actividad física y recreativa
11. Experiencias pedagógicas-juego
12. Experiencias pedagógicas-arte

13. Experiencias pedagógicas-literatura

14. Experiencias pedagógicas-Exploración del medio

15. Transición de la atención y cuidado de la familia a un entorno institucional

16. Seguimiento descriptivo al desarrollo infantil

17. Acceso y permanencia en el grado transición

18. Expedición del Registro Civil de Nacimiento

19. Prevención de vulnerabilidad frente a amenaza de desastres

20. Detección de señales de amenaza o vulneración de derechos de los niños y niñas (Centro Nacional de Consultoría, 2012, págs. 279-280).

Para el año 2016 la Estrategia "De Cero a Siempre" se convierte en política de estado de atención integral a la primera infancia, mediante la promulgación de la Ley 1804 de 2016 "Por la cual se establece la Política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia De cero a siempre".

Esta ley ratifica en su artículo 4 el concepto de desarrollo integral, definido como el proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía, el cual, además, no se sucede de manera lineal, secuencial, acumulativa, siempre ascendente, homogénea, prescriptiva e idéntica para todos los niños y las niñas, sino que se expresa de manera particular en cada uno (Congreso de la República, 2016).

Ratifica asimismo al ICBF, siendo ente rector, articulador y coordinador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, como el responsable de liderar la implementación territorial de dicha política.

4.3 Normatividad municipal sobre infancia y adolescencia en Medellín

En consonancia con lo precedente, las entidades territoriales, tanto departamentales como municipales, están en la obligación de legislar e implementar políticas públicas en pro del bienestar de este sector de la población. En el caso de Medellín se dispone de la siguiente normatividad municipal:

Acuerdo 084 de 2006

Aprobado por el Concejo Municipal el 7 de Diciembre de 2006 y "Por el cual se adopta una política de protección y de atención integral a la infancia y adolescencia y se crea el Consejo de política de infancia y adolescencia en la ciudad de Medellín".

Este acuerdo contiene los siguientes lineamientos:

- Promoción y divulgación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes para su reconocimiento como sujetos de derechos.

- Garantía y cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad

- La prevención o vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

- El impulso y gestión para que los derechos de los niños, niñas y adolescentes, sean restablecidos cuando han sido vulnerados por las autoridades municipales.

Esta política pública ha de ser permanente y su cumplimiento es responsabilidad de todas las instituciones gubernamentales locales, en interacción con las de orden departamental y nacional, así como con el sector privado; además, todas sus acciones han de guiarse por los ejes planteados en la Convención sobre los Derechos del Niño referentes a salud, supervivencia, educación, desarrollo, protección y participación.

Acuerdo Municipal número 27 de 2009

Por el cual el Concejo de Medellín establece el día de los niños, niñas y adolescentes concejales. Los pequeños tendrán un espacio para expresar sus inquietudes y reflexiones. Este cabildo que se realizará el último viernes del mes de abril cada año, e incluye a participantes menores entre 7 y 17 años.

Se trata de contar con la participación de estos actores sociales, para tener una visión de sus necesidades más cercana a la realdad, y de esta manera enfocar las posibles soluciones a los problemas que se deben atender. Esto permite hacer, conocer con mayor cercanía, un diagnóstico de lo que pasa con niñas, niños y adolescentes en la ciudad de Medellín.

Acuerdo Municipal Número 50 de 2009

"Por medio del cual se establecen las medidas tendientes a la prevención y sanción del abuso y la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en el municipio de Medellín".

Este acuerdo obliga a restringir el ingreso de niños, niñas y adolescentes a los establecimientos hoteleros, residencias, inquilinatos, hospedajes y establecimientos donde se preste comercialmente el servicio de internet a través de cabinas o espacios privados del municipio de Medellín, cuando no estén acompañados de sus padres, representantes legales o adultos responsables autorizados. De igual manera, se recuerda la prohibición existente de permitir el ingreso de menores de edad a cualquier sitio en el cual se expenda licor o se ejerza la prostitución, incluyendo las denominadas salas de masaje.

Asimismo, hace excepción de estas restricciones a las salas de internet administradas por las cajas de compensación, las bibliotecas públicas y de los establecimientos educativos y aquellas que tengan una función netamente social y sean dirigidas por entidades públicas u organizaciones no gubernamentales.

Acuerdo Municipal número 51 de 2009

"Por medio del cual se busca evitar la venta y consumo de pegantes o similares a menores de edad en la ciudad de Medellín".

Este acuerdo establece la conformación de un grupo interdisciplinario entre las Secretarías de Gobierno, Cultura Ciudadana, Salud y Bienestar Social, con acompañamiento de la Gerencia del Centro, Personería de Medellín, con invitación al ICBF y a la Policía Nacional, con el objetivo de concientizar a los establecimientos que expenden pegantes y demás

sustancias volátiles, susceptibles de ser inhaladas para provocar efecto psicoactivo o estado de alteración mental, para realizar un pacto ciudadano sobre la no venta de estas sustancias a los menores de edad o habitantes de la calle (Artículo 1).

En cuanto a la utilización de pegante cuyo nombre más común es el de “Sacol”, existe todo un negocio en el cual grupos de personas lo venden directamente en pequeñas dosis a niños y adolescentes en situación de calle e indigencia, y son quienes lo inhalan. Evidentemente las campañas de sensibilización son insuficientes respecto al tema, puesto que dicha práctica es bastante común en este segmento de la población.

Acuerdo Municipal 32 de 2010

“Por medio del cual se autoriza al Alcalde de Medellín para comprometer vigencias futuras” (restaurantes escolares para la infancia y adolescencia y vaso de leche escolar)

La Secretaria de Bienestar Social de la Alcaldía de Medellín presenta un programa completo sobre este ítem, en el cual brindan atención nutricional y educativa diariamente a través de almuerzo o desayuno completo a los menores escolarizados en instituciones educativas pertenecientes a los niveles del SISBÉN 1, 2 y 3, en condición de desplazamiento, que tengan carencia nutricional comprobada.

4.3.1 Programas sobre infancia y adolescencia implementados en Medellín

Entre las diversas acciones llevadas a cabo a nivel departamental y municipal se pueden señalar las siguientes realizadas con la intervención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF:

El Salto Social 1994-1998

Propone acciones interinstitucionales orientadas a fortalecer la atención educativa en los Hogares Comunitarios de Bienestar y en otros programas para menores de 5 años, mediante los cuales se mejoren las condiciones de entrada al sistema educativo. La estrategia de protección, desarrollo y bienestar de este Plan se implementa a través del Programa Familia, Mujer e Infancia (FAMI), el cual entrega un complemento nutricional a madres gestantes, mujeres lactantes y niños entre los 6 y los 24 meses, y ofrece sesiones educativas a las madres para que realicen actividades pedagógicas con los niños menores de l2 años.

Estas acciones son complementadas con las del Programa de Atención Materno-infantil (PAMI), apoyado en el Programa Nacional de Protección y Asistencia Integral, teniendo en cuenta líneas de trabajo orientadas a los menores en situación irregular, tales como niños y niñas maltratados y abusados sexualmente (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007, págs. 20-21).

Además, se priorizan acciones hacia los grupos de población más vulnerables, como son los desplazados por la violencia, los afectados por los desastres naturales, los grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, raizales, gitanos); los niños, las mujeres gestantes y las madres en lactancia, y los grupos de personas y campesinos de más bajos recursos.

Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia- MANÁ

Este Plan se formuló en el marco del Plan de desarrollo departamental "Una Antioquia nueva", con el propósito de contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población infantil menor de 14 años del departamento, en especial de la más pobre y vulnerable, dadas sus condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional (Red de Gestores Sociales, 2005, pág. 4).

Actualmente opera en 96 de los 125 municipios del departamento, y está sustentado en seis ejes de acción, algunos de ellos son:

Desarrollo de alternativas comunitarias de complementación alimentaria. Su objetivo es mejorar y mantener el estado nutricional de los menores de cinco años del departamento, a través de acciones de complementación y estrategias de formación para sus familias en hábitos alimentarios y estilos de vida saludable.

Inducción a los servicios de salud. El objetivo de este eje es la promoción del acceso a los servicios de salud de los menores de 14 años y sus familias, a través de acciones de formación, atención, investigación y actualización sobre derechos y deberes en salud.

Promulgación de pactos por la infancia. A partir de una estrategia de formación con énfasis en alimentación y buen trato, se busca que se promuevan cambios culturales frente al respeto y protección de los derechos y deberes de los niños y niñas del departamento. En este

eje se desarrollan proyectos de capacitación y en la actualidad se están realizando proyectos productivos familiares y comunitarios, fortaleciendo y acompañando los existentes.

Promoción de proyectos pedagógicos. En este aspecto MANÁ ha trabajado en la actualización de los Proyectos Educativos Institucionales a partir de la información, capacitación y asistencia técnica de las comunidades educativas y el ajuste de los planes de estudio y la construcción de proyectos pedagógicos pertinentes a favor de la seguridad alimentaria de los estudiantes y pobladores. Además, se han desarrollado proyectos de formación en diseño curricular integrado, gestión empresarial, técnicas agropecuarias, hábitos alimentarios y estilos de vida saludable, derechos y deberes en salud. De esta manera se han montado y dotado los proyectos productivos escolares, y a través de la organización comunitaria y la asesoría técnico-pedagógica se ha logrado que el 100% de los niños atendidos mejoren sus condiciones nutricionales en cuanto a la disponibilidad de alimentos proteicos y el 65% de ellos, mejoren el indicador de desnutrición (Red de Gestores Sociales, 2005, pág. 4).

Pero no sólo estas cifras dan cuenta del progreso de Maná, también lo hacen la participación comunitaria y la corresponsabilidad que existe con las familias en cuanto a nutrición de la población infantil.

Por su parte, la Alcaldía y el Concejo Municipal han venido desarrollando estrategias en consonancia con las directrices y conceptos de la Ley de Infancia y Adolescencia.

A partir de los acuerdos emanados por el legislativo municipal, la Alcaldía ha emprendido varias acciones desde sus distintas Secretarías, dirigidas a la población infantil y adolescente.

4.3.1.1 Programa Buen Comienzo

Buen Comienzo es un programa adscrito a la Secretaría de Educación creado por el Concejo de Medellín mediante el Acuerdo Municipal 14 de 2004 y empezó a operar en noviembre de 2006, para "promover el desarrollo integral, diverso e incluyente de la primera infancia en la ciudad de Medellín", atendiendo a la población infantil vulnerable de la ciudad, la cual constituía el 71% del total, es decir, unos 150.000 niños entre la gestación y los 6 años de edad.

Su objetivo se enfoca en la población de los niveles I, II y III del SISBÉN (Sistema de identificación de beneficiaros potenciales para los programas sociales) y los no afiliados al régimen contributivo, ni subsidiado, ni a los regímenes de excepciones, caracterizada por vivir en las zonas periféricas de la ciudad donde persisten problemas de inseguridad, familias con bajos niveles académicos, escasos ingresos económicos, trabajos inestables, desempleo y desnutrición.

Asimismo, el programa tiene una perspectiva de política pública integral mediante el trabajo intersectorial en cuatro grandes acciones: Seguridad alimentaria y nutricional, Cobertura educativa y en salud, Participación y Recreación, articuladas a los programas municipales de las Secretarías de Educación, Salud, Inclusión Social y Familia, y el INDER (Instituto de Deportes y Recreación de Medellín), y con entidades de orden nacional como ICBF, ONG'S y empresas del sector privado que versen sobre estos mismos temas [Artículo 2] (Concejo de Medellín, 2004).

Así, pues, el programa prioriza sus servicios hacia las familias más vulnerables y las atiende por ciclos vitales, en los que se les brinda acompañamiento en salud, nutrición, atención psicosocial y estimulación adecuada, a través de encuentros quincenales y visitas de seguimiento y acompañamiento en el hogar. Reciben además, una completa asesoría en pautas de crianza, acompañadas por nutricionistas, pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales y educadores físicos. Luego a los niños entre dos (2) y seis (6) años se les ofrece asistencia al jardín infantil.

Con el Acuerdo 058 de 2011, Buen Comienzo se convierte en Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia, reglamentado a partir del Decreto 01277 del 5 de julio de 2013.

Las modalidades de atención incluyen: atención desde gestación con la estrategia “Había una Vez”, atención de 1 a 2 años y de 2 a 4 años en entorno familiar, institucional y comunitario en ambos casos y de 5 a 6 años para la articulación con la educación formal. En el caso del entorno institucional, la atención se presta en horarios de cinco y ocho horas diarias de lunes a viernes. El grueso de la atención se ubica en este tipo de atención.

A 2013 el programa atendió 86.416 niños entre los 0 y 5 años (79.916 niños y niñas y 6.500 madres gestantes y lactantes) para un cubrimiento del 70,5% de los 122.307 infantes y madres gestantes con SISBÉN en Medellín.

La estrategia “Había una Vez” evidenció que los hijos de aquellas madres que entraron al programa tempranamente (seis o siete meses antes del nacimiento) y que asistieron a consultas, tienen 100 gramos más de peso al nacer y 0.57 centímetros más de talla frente a

los niños de las madres no participantes. Esto a su vez se reflejó en los indicadores de salud materno-infantil con una tasa de mortalidad materna de 14,4 casos por cien mil nacidos vivos, la menor registrada en la ciudad y ningún caso de mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años (Alcaldía de Medellín, 2014, pág. 44).

Posteriormente, el Concejo de Medellín aprueba el Acuerdo 333 de 2015, en el que se establece que para fortalecer dicha Política Pública de Primera Infancia, los servicios para los niños y niños de la ciudad ampliarán su cobertura hasta que estos cumplan 8 años, edad cuando los niños pasan a la educación formal.

Para el mismo año, el programa atendió más de 80.000 niños en diecisiete (17) jardines Buen Comienzo y en otras sedes que funcionan en la ciudad, cada uno de los cuales atiende en promedio un total de 350 menores. Para su funcionamiento se invirtieron unos $140.000 millones de pesos.

4.3.1.2 Otros programas

Observatorio de Infancia y Adolescencia:

Hace parte del marco legal de la política pública de infancia y adolescencia. Se ha concebido como una iniciativa para la generación de información de la situación de las niñas, niños y adolescentes de la ciudad de Medellín. Además, posibilita la implementación de la Ley de Infancia y Adolescencia y aporta a la consolidación de la participación, construcción de ciudadanía y fortalecimiento democracia.

Su objetivo fundamental es proveer una base de conocimiento de la situación de los derechos de la niñez y la adolescencia (Concejo de Medellín, 2015).

Crecer con Dignidad:

Este proyecto es desarrollado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y busca proteger y garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Medellín, especialmente de aquellos que presentan mayor vulnerabilidad, como es el caso de los menores en situación de calle y con problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias adictivas como los pegantes, y abuso y explotación sexual.

Programa Refugio:

Este proyecto está orientado a atender niños y adolescentes entre los 6 y los 17 años de edad que están en situación de calle, a los cuales se les ofrece alojamiento, alimentación, educación, elementos de aseo personal, recreación, atención en salud y remisiones para atención especializada de acuerdo con su problemática en particular. Cuenta además, con acciones de prevención, sensibilización y captación en calle a través de redes de apoyo. (Alcaldía de Medellín, Secretaría de Bienestar Social, 2008)

Programas para la protección Integral:

a. *La Casa del Afecto:* Brinda atención integral a los niños, niñas y adolescentes entre los 5 y 17 años de edad víctimas de abuso y explotación laboral, remitidos por una autoridad competente.

b. *Programa Refugio*: Brinda atención a niños, niñas y adolescentes entre los 10 y 17 años víctimas de explotación sexual/comercial.

c. *Redes Hogares de paso*

- *Hogar de Paso N° 1:* Ofrece ubicación provisional inmediata de niños y niñas en situación de abandono, maltrato, extravío y/o explotación laboral, en las siguientes modalidades: de 0 a 6 años, Hogares de paso Modalidad Familia; de 7 a 10 años, Hogares de paso Modalidad Casa Hogar, y de 11 a 17 años, Hogares de paso Modalidad Casa Hogar.
- *Hogar de Paso N° 2:* Brinda atención integral a niños, niñas y adolescentes entre los 11 y los 17 años de edad, con sus derechos amenazados o vulnerados, en situación de abandono, maltrato y extravío.

d. *Complemento alimentario primera infancia:* Busca promover el desarrollo integral, diverso e incluyente de los niños y niñas menores de seis (6) años, a través de la complementación alimentaria. La Secretaría de Bienestar Social, implementa el suministro de desayunos para ser consumidos en las instituciones educativas en los días hábiles escolares, y el Complemento Alimentario de Leche en Polvo Fortificada para consumir los fines de semana y en vacaciones. Las niñas y niños no institucionalizados reciben complemento para todo el mes, mientras que las niñas y niños institucionalizados, reciben complemento para los fines de semana y las vacaciones.

Policía de Infancia y Adolescencia:

Éste programa está encaminado a la educación de los niños, niñas, y adolescentes, con el fin de prevenir los delitos y contravenciones y para la construcción de la paz y la convivencia familiar. Sus campañas están encaminadas a la lucha contra el abuso sexual infantil, el respeto por los derechos, y a la concientización de las familias para que los niños, niñas, adolescentes tengan una navidad feliz.

De manera general, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF, acierta al señalar que, si bien son diversos los programas y las acciones dirigidas a atender a la población infantil y adolescente, muchos, sino la mayoría de estos programas, se concentran exclusivamente en la atención en salud, nutrición y cuidado. Añade, además, que si bien éstas son condiciones fundamentales para garantizar el derecho a la vida de la población infantil, es necesario complementar, de manera contundente, estrategias que permitan el tránsito a la promoción y fortalecimiento de las demás condiciones, para la integralidad del desarrollo infantil temprano, en su relación con las condiciones de participación y protección (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007, pág. 42).

4.4. Acuerdo de Paz en Colombia y la infancia

Luego de más de cincuenta años de conflicto armado en Colombia, entre el Gobierno y el grupo guerrillero al margen de la ley las FARC, en el año 2016 luego de casi cuatro años de negociación, nuestro Gobierno firma el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera.

Dicho Acuerdo Final está compuesto a su vez por seis puntos relacionados con los temas pactados por las partes en la agenda de las negociaciones (más tres acuerdos adicionales de confianza mutua), los cuales fueron abordados progresivamente en las rondas de diálogo en La Habana. Estos son a saber: Política de desarrollo agrario integral; Participación política;

Fin del Conflicto; Solución al problema de las drogas ilícitas; Víctimas; e Implementación, verificación y refrendación. (El País, 2016)

Asimismo, el Jefe de Negociación por parte de nuestro Gobierno, Humberto de la Calle Lombana ha determinado 15 principios para el funcionamiento de paz en nuestro país, los cuales se convierten en los pilares fundamentales para el seguimiento de este Acuerdo y el comienzo del post acuerdo en Colombia: ((Equipo Paz Gobierno, 2015)

1. Es posible ponerle fin al conflicto mediante la solución política.
2. Una solución solamente militar es larga y dolorosa.
3. Las víctimas son la justificación ética del diálogo. Las víctimas están en el centro. Pero también las víctimas futuras. Aquellas que podemos evitar.

4. La solución jurídica debe cobijar los distintos actores. Cada uno de ellos debe asumir su responsabilidad. La definición de justicia no se limita al castigo. Hay formas de justicia restaurativa que contribuyen a una más amplia satisfacción de los derechos de las víctimas. La justicia ciega no puede obstaculizar el logro de la paz.
5. La reparación es esencial. Simbólica, espiritual y también material.
6. La verdad es el punto de partida de la reconstrucción del tejido social.
7. El perdón es decisión personal, pero la sociedad no puede estancarse en el rencor. No para la condescendencia pero sí para la reconciliación.
8. Olvidar el campo es un error económico y una invitación a perpetuar una fuente de inequidad que ejerce influencia nociva también sobre la vida urbana.

9. Participación política. Los avances logrados para fortalecer nuestra democracia no son argumento para frenar la ampliación del horizonte de la política.

10. El fin del conflicto es crucial para superar el problema de las drogas.

11. La reinserción debe hacerse en un marco de dignidad.

12. Con 50 años de duración y más de 6 millones de víctimas, la excusa del "tú también eres responsable" y la disculpa de "tú empezaste" son argumentos irrelevantes al momento de terminar este doloroso conflicto.

13. La paz va más allá del silencio de los fusiles. El fin del conflicto es una oportunidad para realizar cambios profundos.

14. La financiación de los acuerdos exige el aporte de todos, el cual a su vez es un incentivo para la cooperación internacional.

15. El fin del conflicto y la puesta en marcha de una paz firme deben ser un propósito que incluya a todos los colombianos. A todos los colombianos.

Con base en lo anteriormente descrito, es relevante entonces comprender la realidad de la infancia en el conflicto armado, desde dos ópticas: La primera es la de los niños y adolescentes víctimas del mismo, sea en los casos en los que han sido ultrajados por tomas guerrilleras en sus viviendas, o perdiendo a sus familiares en ellas. Sobre este aspecto, la Ley establece que el Estado, en su conjunto, tiene el deber de reparar integralmente a niñas, niños y adolescentes que han sido víctimas del conflicto armado, por reclutamiento, desplazamiento forzado, muerte de uno o ambos progenitores, violencia sexual, minas antipersonales, municiones sin explotar o aparatos explosivos improvisados; así como aquellos niños, niñas y adolescentes, concebidos a través de un acto sexual violento, en el marco del conflicto armado. Según el Artículo 25, la reparación debe ser adecuada,

diferenciada, transformadora y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones. (Presidencia de la República, USAID, Organización Internacional para las Migraciones, 2014).

El segundo es cuando han sido incitados u obligados a incorporarse a las filas de las Farc y hacer parte del conflicto. Sobre el mismo se dice que, aunque no existen cifras oficiales sobre la cantidad de niños inmersos en la guerra, el ICBF afirma que puede haber cerca de 4.000 niños vinculados a este grupo subversivo, aunque ese número puede ser mucho mayor. (Gómez, 2016). Asimismo, el reclutamiento forzado ha sido un tema trascendental en las mesas de negociación tratados en la Habana- Cuba, y ha sido un tema frecuentemente reportado tanto por organizaciones no gubernamentales, como por organismos estatales. Sin embargo, las cifras reportadas por Amnistía Internacional de 2008 difieren de las estimadas por el ICBF, pues ellos estiman que en Colombia hay entre 8.000 y 13.000 niños y niñas soldados, con edades promedio de 13 años, los cuales, según el Secretario General de las Naciones Unidas 13 provinieron de 29 de los 32 departamentos del país, en el año 2011. (Presidencia de la República, USAID, Organización Internacional para las Migraciones, 2014).

De esta manera, en diferentes instancias se ha pedido a las Farc la liberación inmediata de niños y adolescentes que se encuentren en sus filas y regresarlos a la vida civil, pues el Acuerdo también contempla el compromiso para elaborar un plan con el objetivo de desmovilizar progresivamente a los menores de 18 años. Así, el gobierno colombiano será responsable de garantizar la seguridad, salud y educación de los menores como también "la reintegración familiar y comunitaria, en sus propias comunidades o en comunidades

culturalmente similares". De esta forma la salida de los menores de los campamentos y su posterior adaptación a la vida civil va a estar acompañada por profesionales del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (Unicef) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (BBC Mundo, 2016)

CAPÍTULO V

POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN

V. POLÍTICAS Y MARCO LEGAL RESPECTO A EMBARAZO PRECOZ COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLÍN

Concatenado a lo hasta aquí tratado en relación al desarrollo integral de la infancia y la adolescencia, el Estado Colombiano ha venido llevando a cabo diversos actos legislativos dirigidos a la prevención del embarazo adolescente, así como a la atención y garantía de los derechos de las adolescentes embarazadas y las que ya son madres.

Estas acciones obedecen, de la misma manera que lo hacen aquellas referentes a la infancia y la adolescencia, al carácter vinculante de la legislación internacional ratificada por el Estado colombiano, en este caso, la tocante a la problemática del embarazo adolescente. Así, pues, se tiene como punto de partida el bloque constitucional de los derechos fundamentales referentes al desarrollo integral, la salud, la educación, la familia y la protección social, tanto de los niños como de los adolescentes, incorporados y consagrados en la Constitución Política de 1991. A partir de entonces se han dado avances en la definición de leyes al respecto, las cuales van desde sentencias constitucionales, hasta decretos y políticas públicas.

Entre 1998 y 2013, la Corte Constitucional ha emitido diez sentencias relacionadas con casos de embarazo adolescente, algunas de ellas respondiendo a acciones de tutela y otras de constitucionalidad, enfocadas en la garantía de los derechos a la educación, la salud y la protección a la infancia y adolescencia.

Una de dichas sentencias es la T-656 de 1998 y, si bien no es la primera, llama la atención en cuanto trata sobre el caso de una estudiante de secundaria en estado de embarazo a quien se inaplicó un artículo del reglamento de la institución educativa en la que se hallaba estudiando, según el cual el embarazo constituía una falta de conducta y que, según el argumento del rector, "puede ser contagiosa y podría encausar a las demás estudiantes por un mal camino", razones por las cuales fue suspendida. Al respecto, la Corte estimó que "bajo ninguna circunstancia, el embarazo de una estudiante puede erigirse como criterio para limitar o restringir su derecho a la educación" (Corte Constitucional, 1998).

Caso similar es el sancionado por la sentencia T-412 de 1999, en el cual una institución educativa le exige a los padres de una estudiante menor de edad la presentación de un certificado ginecológico, con el fin de comprobar que no se encontraba en estado de embarazo, pues de comprobarse ésta no tendría derecho a la matrícula en el siguiente año escolar. En este caso, la Corte Constitucional resuelve inaplicar el reglamento interno de la institución por ser contrario a la Constitución y ordenándole realizar las diligencias y procedimientos necesarios para modificar y adaptar a las normas de la Constitución las disposiciones del manual de convivencia (Corte Constitucional, 1999).

5.1 Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia

Como ya se ha mencionado antes, el Código de Infancia y Adolescencia ratifica los derechos fundamentales y prevalentes de niños y adolescentes, así como establece las

obligaciones de la sociedad, la familia y el Estado, a través de los sistemas de salud y educación, en cuanto a la garantía de dichos derechos.

Es así como el artículo 27 ratifica que tanto niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral, cuyo ejercicio va concatenado con las obligaciones de los diferentes actores sociales, a saber: la familia, que según en el numeral 6 del Artículo 38, debe "Promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre este tema"; el Estado, el cual debe, según en el numeral 26 del Artículo 41, "Prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos"; las instituciones educativas, que según el numeral 10 del Artículo 44, deben "Orientar a la comunidad educativa para la formación en la salud sexual y reproductiva y la vida en pareja"; el sistema de Seguridad social en salud, que según los numerales 7 y 8 del Artículo 46 deben "Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva" y, "Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes" (Congreso de la República, 2006).

5.2 Ley 1122 de 2007

Aprobada por el Congreso de la República, y mediante la cual se efectúan algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el artículo 33 esta ley

establece que el Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo, cuyo objetivo es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, entre cuyas prioridades se incluye la salud sexual y reproductiva (Congreso de la República, 2007).

5.3 Ley 1257 de 2008

En diciembre de 2008 es aprobada la *Ley 1257 de 2008*, mediante la cual "se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres", a la vez que busca garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, a saber: derecho a una vida digna, a la integridad física, sexual y psicológica, a la intimidad, a no ser sometidas a tortura o a tratos crueles y degradantes, a la igualdad real y efectiva, a no ser sometidas a forma alguna de discriminación, a la libertad y autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud, a la salud sexual y reproductiva y a la seguridad personal, así como el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización (Congreso de la República, 2008).

5.4 Documento Conpes Social 147 - Estrategia de Prevención de Embarazo en la Adolescencia

Como ya se mencionó en varios apartados anteriores, el documento Conpes Social 147 plantea los lineamientos generales para el diseño, formulación y desarrollo de una estrategia integral para la prevención del embarazo en la adolescencia que haga énfasis en la construcción y realización de proyectos de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años de edad, la permanencia escolar y la culminación de los ciclos educativos, el logro de familias funcionales y la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos -DSR- (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, pág. 2).

El objetivo de la estrategia es prevenir el embarazo en la adolescencia, en especial el embarazo en menores de 14 años, el no planeado, y el embarazo producto del abuso u otras formas de violencia. Para tal efecto, se implementa un piloto en 192 municipios donde se desarrollan cuatro ejes estratégicos: (i) fortalecimiento de la intersectorialidad; (ii) la promoción del desarrollo humano y los proyectos de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de los 6 a los 19 años; (iii) la consolidación de la oferta de servicios en Salud Sexual y Reproductiva, educación para la sexualidad y formación de competencias en DSR; y (iv) monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones dirigidas a la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, págs. 2-3)

Según el documento, el eje de Intersectorialidad es el fundamental, dado que se refiere a aquello en que se debe incidir de forma definitiva porque afecta todo lo demás en que se

intervenga, busca responder a la complejidad del embarazo mediante el trabajo articulado de cada sector y sus respectivos ámbitos de competencia, que permita incidir y abordar los determinantes desde distintos frentes.

El eje Desarrollo Humano y Proyecto de Vida incluye los elementos identificados como críticos sobre los cuales se debe actuar para lograr mayor impacto en la problemática. Así, pues, la principal acción es el desarrollo de las capacidades en los miembros de las familias y su funcionalidad, para influir en los procesos socioculturales de crianza, sus representaciones y mitos frente a la temática de la sexualidad (machismo, homofobia, violencia, roles e inequidad de género, iniciación sexual, entre otros) y que influyen en los comportamientos, actitudes y prácticas de cada persona.

Para ello, las acciones se consolidan a través de la educación y estrategias de comunicación dirigidas a promover el empoderamiento de los adolescentes -especialmente en situación de embarazo-, la consolidación de familias funcionales y los proyectos de vida para prevenir la deserción escolar, facilitar que las madres gestantes adolescentes asuman de la forma más constructiva posible la situación en que se encuentran, y garantizar el fortalecimiento de los proyectos de vida de los padres adolescentes y del hijo/a que esperan, previniendo cualquier forma de discriminación contra éstos, y en términos generales evitar la perpetuación de la pobreza.

El eje de Oferta de Servicios está orientado a fortalecer y cualificar los programas que se ofrecen principalmente desde el sector salud y educación para favorecer el desarrollo de las competencias de adolescentes y jóvenes frente a la sexualidad, y la construcción y logro de un proyecto de vida propio.

Por su parte, el cuarto eje, de Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Gestión del Conocimiento, reúne las acciones orientadas a gestionar el conocimiento en la temática de embarazo en la adolescencia a partir de la investigación, seguimiento y evaluación de las acciones implementadas y de los lineamientos contenidos en el documento (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, págs. 26-28).

Para cada uno de estos cuatro ejes, el documento define una serie de lineamientos y de acciones a tener en cuenta para su fortalecimiento.

5.4.1 Lineamientos para el fortalecimiento de la Intersectorialidad

El desarrollo de este eje se hará a través del fomento y fortalecimiento de los espacios intersectoriales a nivel nacional y territorial relacionados con la prevención del embarazo en la adolescencia. Para ello, el documento propone agregar a la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, la de los Ministerios de Defensa, del Interior, de Justicia y del

Derecho, de Trabajo, y de Cultura, además del DANE, Colciencias y la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer -ACEPM-.

Adicional a esto, la serie de acciones correspondiente se da por:

i) el diseño de contenidos y metodologías con enfoque diferencial para la formación o desarrollo de competencias de los agentes educadores y para la intervención psicoterapéutica de los grupos de interés;

ii) la definición o consolidación, según sea el caso, de rutas de servicios multisectoriales y de agendas conjuntas de asistencia técnica;

iii) la concertación de mensajes y mecanismos para el fortalecimiento o transformación de prácticas culturales y la promoción en los medios de comunicación y de entretenimiento de la adopción de la estrategia y mensajes,

iv) la inclusión de acciones para la prevención del embarazo en la adolescencia en los planes de desarrollo local; y

v) la generación, ejecución y seguimiento de compromisos de los decisores políticos, para que en sus respectivas instituciones y territorios se tenga en cuenta la multisectorialidad del tema, la inclusión, participación y movilización de las comunidades, la importancia de las familias funcionales, la consolidación de proyectos de vida y la promoción de la postergación de la primera relación sexual como factores protectores frente al embarazo en la adolescencia, sin dejar de lado la promoción de los Derechos Sexuales Reproductivos- DSR. Lo anterior se llevará a cabo tanto a nivel nacional como territorial (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, pág. 30).

A nivel nacional la ACEPM es la responsable de implementar los lineamientos dirigidos a la intersectorialidad del Conpes Social 147, entre los cuales están:

- La estrategia de comunicación y movilización social, la cual será difundida a través de los diferentes medios de comunicación y divulgación, medios nacionales y regionales.

- Las rutas intersectoriales de servicios y atención para los casos de población en riesgo de quedar en embarazo, población en embarazo y población con derechos vulnerados.

- El manual operativo inicial para la implementación del pilotaje, el cual será diseñado en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y el SENA.

- Los criterios para identificar los adolescentes en riesgo de embarazo, con participación de expertos en el tema.

- Los contenidos de la intervención psicoterapéutica que se prestará a los adolescentes en riesgo de quedar en embarazo y a sus familias, diferenciados por grupos etarios de 6-9 años, 10-14 años y 15-19 años.

- Los contenidos de la capacitación a los formadores y agentes educadores que acompañarán el proceso de formación, liderados por el MEN y el SENA.

- El contenido de la asistencia técnica o acompañamiento a las entidades territoriales.

- La promoción, apoyo y fortalecimiento de redes sociales de adolescentes y jóvenes a cargo de los ministerios e instituciones según competencias y oferta programática.

- Definir el equipo coordinador de la estrategia, el cual estará bajo el liderazgo de la ACPEM y con el apoyo del Ministerio de Salud.

- Lograr alianzas con la sociedad civil organizada, el sector privado o agencias de cooperación internacional (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, págs. 31-32).

A nivel territorial los gobernantes deberán implementar corresponsablemente la estrategia incluyendo el tema en sus agendas administrativas y desarrollar acciones protectoras que prevengan el embarazo en la adolescencia, tales como: programas de permanencia escolar, fortalecimiento de servicios amigables, promoción de la postergación de la primera relación sexual, programas de cultura, artes, música, deportes y otros de manejo del tiempo libre, programas de formación de multiplicadores sociales o agentes educadores de la sociedad, proyectos de movilización, comunicación o participación de las comunidades, programas de emprendimiento, programas de protección y de restitución de derechos, promoción de redes sociales de adolescentes y jóvenes. Así, y en articulación con las Secretarías Regionales de las entidades Nacionales, las acciones correspondientes son:

- Formular e implementar acciones de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, siguiendo los lineamientos señalados en el documento.

- Sensibilizar a las autoridades municipales sobre la intersectorialidad del tema.

- Identificar las redes regionales, las organizaciones juveniles y comunitarias y las organizaciones que representen a grupos poblacionales de interés para la estrategia; e iniciar el proceso de convocatoria para los procesos de sensibilización.

- Garantizar la inclusión de acciones de prevención y protección a la población de 6 a 19 años en los planes regionales de prevención del reclutamiento ilícito y vinculación a los

grupos al margen de la ley y delictivos organizados y trata de personas (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, págs. 33-34).

Por su parte, el informe *Monitoreo y Evaluación Conpes 147: Estrategia para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia y la Promoción de Proyectos de Vida para los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes en Edades entre 6 y 19 años*, el cual presenta los datos obtenidos durante el primer semestre de 2014 por las gobernaciones y las alcaldías, responsables de reportar los avances en la implementación territorial de la estrategia, y las entidades del gobierno nacional encargadas de aportar información que da cuenta de los avances en los programas, muestra una serie de indicadores para cada uno de los componentes, los cuales permiten evidenciar de manera directa el avance o retroceso en el logro de los objetivos y las acciones correspondientes a cada uno de estos (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014).

Así, pues, los indicadores referentes a la Intersectorialidad evidencian, en términos generales, la gestión global de la estrategia en cuanto permiten inferir el nivel de su implementación tanto a nivel nacional como territorial. Sus indicadores son entonces:

a. Porcentaje de implementación de la estrategia de prevención de embarazo en adolescentes:

Este indicador parte de una línea de base de 21% en el primer semestre de 2013, para alcanzar la meta del 54% al finalizar el año y el 100% para 2014, y se mide por la verificación de 4 criterios:

1. Inclusión, en los planes de acción de los municipios, de las acciones de prevención del embarazo adolescente establecidas por la estrategia;

2. Adopción del manual operativo de la estrategia en los municipios;

3. Implementación de las rutas de atención definidas en la estrategia; y

4. Conformación o fortalecimientos de espacios intersectoriales.

Cuando el departamento cumple 1 (25%) o ninguno (0%) de los criterios, se considera en un nivel de implementación bajo; si cumple con 2 (50%) o 3 (75%), se considera en un nivel medio; y si cumple con la totalidad (100%) de los criterios, se encuentra en un nivel alto.

De acuerdo con los datos reportados para el segundo semestre de 2013, de los 30 departamentos priorizados por la estrategia, 10 se encuentran en el nivel alto de implementación, 10 en el nivel medio y los últimos 10 en el nivel bajo (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 42).

b. Porcentaje de contenidos entregados y/o difundidos:

Este parte de una línea de base del 1% en el primer semestre de 2013, con la meta del 100% para 2014. Los contenidos hacen referencia a todos los elementos metodológicos y conceptuales necesarios para la implementación y despliegue de la estrategia (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 43).

c. Índice de eficacia en la implementación de actividades:

Este indicador presenta el avance en el desarrollo de las acciones de la estrategia y la pertinencia de su implementación. Según la información reportada, durante el primer semestre de 2013, el índice fue de 1.94, mientras en el segundo semestre bajó hasta 1,33. Un valor por encima de 1 para el indicador supone la ejecución avanzada de la estrategia.

Se observa entonces que hay una marcada desaceleración entre la primera medición y la segunda (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 44).

5.4.2 Lineamientos para la promoción del desarrollo humano y Proyecto de vida

Este componente se constituye en un gran aporte del documento en cuestión en tanto busca la promoción del desarrollo humano y el proyecto de vida de cada niño y adolescente, dándole las competencias para tomar decisiones sobre su propia vida y garantizarle las herramientas para hacer posible su proyecto de vida. En este sentido, las acciones han de ser diferenciadas en tanto se reconocen las diversidades culturales de la población. Tales acciones parten de líneas específicas:

1) Formación de agentes educadores de la sociedad;

2) Participación y empoderamiento efectivo de los niños, adolescentes y jóvenes;

3) Desarrollo de oportunidades para los niños, adolescentes, jóvenes y sus familias;

4) Protección, garantía y restitución de derechos de los niños, adolescentes y jóvenes vulnerados; y

5) Fortalecimiento o Transformación de prácticas sociales (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, pág. 34).

Sobre este componente, el Informe de la ACPEM presenta varios indicadores dirigidos a evidenciar los avances o retrocesos en su implementación, tales como:

a. Número de estudiantes atendidos con estrategias flexibles y pertinentes acorde con sus necesidades:

Este indicador parte de la línea de base de 1.196.872 estudiantes atendidos en 2010.

La permanencia en el ciclo educativo y su culminación se considera como un requisito indispensable para el desarrollo del proyecto de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como factor de protección y prevención del embarazo adolescente. En este sentido, se espera atender con estrategias flexibles de educación a la población con dificultades de permanencia en un esquema educativo estándar. Estas estrategias se adaptan a sus necesidades específicas y van desde atención en etno-educación, aceleración del aprendizaje, círculos de aprendizaje, escuela nueva, grupos juveniles creativos y otras estrategias. Según las cifras reportadas, en 2011 se atendió un total de 1.229.391 estudiantes; en 2012 esta cifra disminuye a 1.193.369, luego aumenta a 1.275.000 estudiantes atendidos en 2013 (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 33).

b. Número de adolescentes que ingresan al sistema de responsabilidad penal:

Este indicador da cuenta de los adolescentes involucrados en procesos de responsabilidad penal, los cuales ven afectado o interrumpido su proyecto de vida. La línea de base acumulada en 2010, es de 24.405 adolescentes.

Los datos reportados por el ICBF muestran una tendencia creciente en su número, llegando a ascender al 12% entre 2010 y 2011. Este incremento puede estar relacionado directamente con la reducción de las posibilidades de desarrollo para adolescentes, por lo cual se sugiere hacer una revisión cuidadosa de la problemática y de las intervenciones relacionadas con la promoción del proyecto de vida, para determinar si la variación es causada por un deterioro real del entorno de los adolescentes o está explicada por un mejoramiento en los procesos de registro administrativo del dato (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 34).

c. Número de Niños, Niñas y Adolescentes que ingresan a procesos administrativos de restablecimiento de derechos:

Este indicador permite vislumbrar y entender las dinámicas asociadas a la violación de los derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, siendo las principales causas de ingresos a los procesos el maltrato, condiciones especiales de cuidadores y violencia sexual. A este respecto, la línea de base acumulada en 2012 es de 41.997 ingresos a procesos. Asimismo, el indicador resulta fundamental para reconocer elementos en su entorno que permitan

identificar avances o retrocesos en las condiciones propicias para consolidar la construcción de un proyecto de vida y garantizar su desarrollo individual.

En este sentido, se entiende por restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y los adolescentes, el conjunto de actuaciones administrativas que la autoridad competente debe desarrollar para la restauración de su dignidad e integridad como sujetos de Derechos (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 36).

d. Número de Niños, Niñas y Adolescentes (vinculados) con procesos administrativos de restablecimiento de derechos abiertos:

Este indicador da cuenta del stock de niños, niñas y adolescentes vinculados al proceso administrativo de restablecimiento de derechos en un momento determinado del tiempo. Así, la línea de base acumulada en 2012 es de 27.874 procesos.

Según los datos reportados por el ICBF, las principales conductas que acarrean a dichos procesos son el maltrato, las condiciones especiales de cuidadores, la responsabilidad penal para el adolescente y las víctimas de violencia sexual o abuso sexual. La salida del proceso de restablecimiento de derechos depende en buena medida de la capacidad de su entorno familiar y social para recibirlo, es decir, de la capacidad que la sociedad tiene para restablecer los derechos de los afectados y de la capacidad del ICBF para gestionar el cierre del proceso (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 37).

e. Porcentaje de casos de embarazo en menores de 14 años, atendidos por el ICBF

La línea de base de este indicador es el 0,10% acumulado en 2012.

Todo caso reportado de menor de 14 años en embarazo debe ser sometido a un proceso exitoso de restablecimiento de derechos. Este indicador pretende capturar el nivel de cobertura de esta iniciativa. En el año 2012 ingresaron a dichos procesos un total de 43 casos. Para 2013, esta cifra aumentó a 89 casos, que corresponde al 0,21% de la totalidad de ingresos a estos procesos. Ambas cifras evidencian una variación del 107% en el transcurso de un año, por lo tanto, es importante determinar si el aumento se debe a una mejor gestión de la entidad en el registro de la información o a la profundización de la problemática (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 39).

f. Número de Niños, Niñas y Adolescentes vinculados al programa de Promoción y Prevención para la Protección Integral de niños, niñas y adolescentes: "Generaciones con Bienestar":

La línea de base de este indicador, acumulada en 2010, es de 119.134 vinculados.

Este programa busca atender a los niños, niñas y adolescentes a través de una oferta integral que les permita espacios para desarrollar sus aptitudes, formarse en valores, construir una visión de futuro positiva y empoderarse como sujetos de derechos, capaces de identificar riesgos, entornos y factores de protección, con el fin de permitirles desarrollar su proyecto de vida.

Según los datos reportados para 2013, este programa atendió un total de 210.825 niños, niñas y adolescentes, equivalente a un cumplimiento del 99% con respecto a la meta

planteada, que para ese año era de 213.478, y de 205.016 para 2014 (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 40).

g. Número de agentes multiplicadores certificados:

La línea de base de este indicador es de 2.565 para 2013, cuya meta es de 3.000 para 2014.

Los agentes educadores se certifican en un conjunto de estándares de conocimiento, considerados pertinentes, para transmitir información precisa a los beneficiarios, sobre los contenidos de la estrategia de prevención de embarazo en adolescentes.

De acuerdo con las cifras reportadas por el SENA, de los 2.565 agentes educadores certificados en 2013, solo 56 han culminado los 3 cursos que hacen parte del programa de formación requerida (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 41).

5.4.3 Lineamientos para la oferta de servicios en educación sexual, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos

Este componente está compuesto por tres elementos concatenados, a saber: a) Servicios de salud con calidad, b) Servicios de Educación Sexual y, c) Desarrollo de competencias en Salud Sexual Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos en la población objetivo.

a) Servicios de salud con calidad

La estrategia debe garantizar la cobertura y calidad de los servicios de salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes, particularmente a aquellos que están en embarazo o son padres. Para ello, el documento señala la siguiente serie de acciones, las cuales son responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social junto con otras entidades:

- Desarrollar e implementar dentro del marco del modelo de Atención Primaria en Salud, una atención diferenciada para las poblaciones de niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años, incorporando sus familias.

- Fortalecer el sistema de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención primaria en salud, servicios amigables, servicios relacionados con la mortalidad materna y del recién nacido y los de atención postparto.

- Definir y diseñar los perfiles y competencias que requiere el personal del sector salud.

- Revisar y evaluar la estrategia de servicios amigables, de tal manera que se pueda aumentar su impacto en las poblaciones objetivo, se consoliden los servicios apoyando esta estrategia y garanticen las acciones de prevención y protección definidas en el documento.

- Las Fuerzas Militares y de Policía fortalecerán las estrategias de acceso universal a condones para los uniformados y para la sensibilización a los Altos Mandos, y a los profesores de las Escuelas Militares, sobre la prevención del embarazo en los adolescentes, particularmente en las regiones incluidas en el plan piloto.

- Desarrollar, junto al ICBF, las rutas de servicios de salud para las madres y padres adolescentes que estén incluidos en los programas de prevención y restablecimiento de

derechos, de manera que se asegure el acceso y la prestación de servicios integrales a estos grupos de alta vulnerabilidad.

- Realizar las acciones requeridas para la actualización de las normas relacionadas con el acceso a la información y servicios en Salud Sexual y Reproductiva, buscando disminuir las barreras de acceso a los servicios de atención primaria en salud, el acceso a métodos modernos de anticoncepción y la prevención del segundo embarazo y embarazos sucesivos en adolescentes y jóvenes hasta los 19 años.

- Revisar e implementar las acciones estratégicas necesarias para dar mayor acceso a métodos anticonceptivos modernos en la población adolescente y joven, buscando de ser posible, el acceso universal a estos métodos, en particular en aquellos adolescentes y jóvenes que ya son padres, informando sobre los beneficios contenidos en el plan obligatorio de salud, en lo concerniente a la prevención del embarazo en la adolescencia.

- El Instituto Nacional de Salud (INS) incluirá en su sistema de vigilancia en salud pública el embarazo adolescente como un evento de notificación obligatoria (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, págs. 48-49).

b) Servicios de Educación Sexual

El mejoramiento de la calidad en la educación para la sexualidad debe enfocarse en un proceso de formación de la autonomía y la decisión basada en los derechos y en el ejercicio responsable de las libertades. Para ello, el Ministerio de Educación y sus órganos regionales y municipales han de unificar lenguajes y realizar un mejoramiento ostensible de la calidad del contenido que se imparte en sus programas al respecto, a partir de, al menos, dos acciones:

- Cualificación de la oferta de educación en sexualidad en el sector educativo, a través de sistemas de vigilancia y retroalimentación.

- Asistencia técnica a las instituciones educativas públicas y privadas para la creación de los programas de formación y su seguimiento (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, pág. 50).

c) Desarrollo de competencias en Salud Sexual Reproductiva- SSR y Derechos Sexuales Reproductivos- DSR en la población objetivo

En este sentido, el documento señala la implementación de un programa integral de competencias ciudadanas, a cargo del Ministerio de Educación y por medio del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía -PESCC-, que concibe la sexualidad en sus diferentes funciones: comunicativa, relacional, erótica y reproductiva. Su implementación requiere dos acciones:

- Ampliación de la cobertura del PESCC a los departamentos y municipios incluidos en el pilotaje.

- Articulación de contenidos y experiencias PESCC con otros mecanismos de formación dirigidos a la población objetivo, por organizaciones públicas y privadas, dentro de las que se encuentran entidades nacionales y regionales, teniendo en cuenta lo previsto en este documento Conpes (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, pág. 50).

Según el informe de Monitoreo y Evaluación del Conpes 147 (2014), los indicadores de este componente ofrecen cifras que permiten dimensionar la demanda potencial y la oferta institucional disponible en los servicios de salud y estrategias de intervención focalizadas en la promoción de derechos sexuales y reproductivos para adolescentes y jóvenes. Tales indicadores son los siguientes:

a. Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han sido madres o están en embarazo:

Este indicador da cuenta de la proporción de adolescentes y jóvenes que están o han estado embarazadas, en relación con la muestra representativa del mismo grupo etario definida por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). De acuerdo con esto, durante 2010, el indicador se sitúa en 19,5% para el total nacional, presentándose los mayores niveles de embarazo adolescente en las zonas rurales más pobres (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 25).

b. Porcentaje de embarazos no planeados de mujeres entre 15 y 19 años:

Este indicador da cuenta de embarazos imprevistos, asociados al desconocimiento, uso inadecuado o inapropiado de métodos anticonceptivos o por la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.

Según la ENDS, el término “no planeado” corresponde a "intención reproductiva de la madre" correspondiente a "no lo quería". Dado esto, para 2010 este indicador registró que el 63,7% de los nacimientos en madres adolescentes y jóvenes menores a 20 años eran embarazos no planeados, de los cuales el 48% correspondían a “lo quería más tarde” y el

16% a “no lo quería”, lo cual sugiere que en gran parte de los casos el embarazo se presenta debido a prácticas de anticoncepción inadecuadas o inexistentes (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 26).

c. Tasa específica de fecundidad en niñas, adolescentes y jóvenes por cada 1000 mujeres entre 10 y 19 años:

El indicador da cuenta de los casos en que se hace efectiva la fecundidad en niñas, adolescentes y jóvenes. En el año 2009 se sitúa en 38,15 lo cual indica que para este año se presentaron alrededor de 381 nacimientos por cada mil mujeres entre 10 y 19 años.

Así, según los datos reportados, la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en adolescentes y jóvenes entre los 15 y 19 años en el año 2011, fue de 69,97 mientras que la correspondiente en niñas y adolescentes entre los 10 y los 14 años fue de 2,92 (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 26).

d. Porcentaje de Niñas, Adolescentes y Jóvenes que han participado en actividades sobre educación sexual:

Este indicador evidencia la cantidad de niñas, adolescentes y jóvenes que han recibido algún tipo de información asociada al Programa de Educación Sexual y Creación de Ciudadanía y las diferentes intervenciones, tanto nacionales como locales, concentradas en estas temáticas. Según la información reportada, la participación puede considerarse alta, pues el 76,1% de niñas entre 13 a 14 años, el 83,8% de adolescentes de 15 a 19 años, y el

77,7% de jóvenes de 20 a 24 años encuestadas han participado en algún escenario en el que se difunda información.

Asimismo, se tiene que estos procesos de participación se concentran en las etapas educativas de secundaria y educación superior, mientras que la menor participación se da en aquellas niñas, adolescentes o jóvenes que están por fuera del sistema educativo (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 29).

e. *Porcentaje de Adolescentes y Jóvenes por nivel de calificación de la información recibida sobre educación para la sexualidad:*

Relacionado directamente con el anterior, este indicador da cuenta de la percepción que tienen los receptores de información con respecto a su calidad y utilidad. De manera general, la información es bien calificada por los encuestados, pues el 22% la considera excelente, el 68% buena, el 9% regular y el 1% mala (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 29).

f. *Número de servicios amigables de salud en operación:*

Los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes están definidos como "aquellos en los cuales éstos encuentran oportunidades de salud cualquiera sea su demanda, son agradables para ellos y sus familias por el vínculo que se establece entre los usuarios con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones".

De acuerdo con los datos reportados por el Ministerio de Salud y la Protección Social, en 2012, el resultado nacional para este indicador dio cuenta de 640 servicios en operación. Para 2013 entran en operación 178 servicios más, para un total de 818 (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 30).

g. Número de Secretarías de Educación beneficiadas con acciones del proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía:

Según los datos reportados, el número de Secretarías pasó de 43 en 2011 a 94 en 2013, lo cual, si bien no garantiza que la información esté llegando de manera efectiva a los beneficiarios focalizados, si demuestra el compromiso de las administraciones regionales y municipales por adoptar programas transversales y de competencias ciudadanas, con los cuales se apoya la promoción de derechos humanos, sexuales y reproductivos propuestos por la Estrategia (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 31).

5.4.4 Lineamientos para el monitoreo, seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento

Este componente estará a cargo de la ACPEM con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación y la Comisión Intersectorial. Para ello se levantará una línea de base en los municipios del piloto y se creará un tablero de control para el seguimiento del pilotaje. Asimismo, la ACPEM y el Ministerio de Salud desarrollarán una estrategia conjunta para monitorear el embarazo adolescente a través de la creación de un Observatorio Nacional del

Embarazo Adolescente, o la articulación con otros observatorios existentes, apoyándose en los lineamientos técnicos y las estadísticas básicas del DANE. Esta estrategia tendrá en cuenta indicadores como: Edad de la primera relación sexual, espaciamiento del segundo embarazo, reducción violencia intrafamiliar, conocimiento de los factores protectores por parte de los agentes educadores, reducción del embarazo en la adolescencia (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, pág. 52).

Por su parte, Colciencias creará líneas de investigación sobre la temática con el fin de profundizar el conocimiento existente, enfocado en temas de perfiles de poblaciones vulnerables, perspectivas de género y diferencial, intervención con esas perspectivas y medición de efectividad de los programas que se adelanten en las regiones. Asimismo, promoverá la generación de conocimiento en SSR y DSR teniendo en cuenta temas como:

- Imaginarios de la sexualidad, investigación de las causas del embarazo adolescente desde una perspectiva amplia cultural, antropológica, psicosocial, económica, de los servicios sociales y perspectivas individuales o históricas, interrupción voluntaria del embarazo en el marco de la legislación vigente, maternidad precoz y enfermedades de trasmisión sexual.

- El papel de los medios de comunicación en el ejercicio de la sexualidad, el embarazo en la adolescencia y la contribución de los determinantes en el mismo, entre otros.

- Formas de prevenir, diagnosticar y tratar las infecciones transmitidas sexualmente y lograr una maternidad saludable y segura (Consejo Nacional de Política Económica, 2012, págs. 52-53).

Los indicadores de este componente ofrecen una perspectiva con respecto al avance en la oferta de información y el desarrollo de la gestión del conocimiento. Estos son:

a. Número de publicaciones indexadas sobre embarazo en adolescentes en Colombia:

Este indicador hace referencia a las publicaciones en medios públicos y privados, investigaciones de carácter científico sobre embarazo adolescente realizadas en Colombia, publicados en revistas indexadas y revisadas por pares durante un año determinado, la referencia es su fecha de su publicación en físico.

De acuerdo con la información reportada por el Ministerio de Salud y la Protección Social, en 2011 se contabilizaron 6 publicaciones indexadas, en 2012 la cifra ascendió a 7, y para el año 2013 se registraron 9 publicaciones (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 44).

b. Número de proyectos de investigación recibidos sobre embarazo en adolescentes:

Este indicador da cuenta de las investigaciones sobre embarazo en adolescentes que se generan por cuenta de la estrategia. Según la información reportada por COLCIENCAS, entre los años 2010 y 2013 se recibieron 12 proyectos de investigación, de los cuales la mayoría corresponden al Programa nacional de ciencia, tecnología y salud, seguido por el Programa Nacional de Ciencias Sociales y Humanas (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, págs. 45-46).

c. Niveles de reutilización de los datos de Tim Berners-Lee:

Este indicador está asociado al concepto de Gobierno Abierto y Datos Abiertos y posibilita medir el grado de disponibilidad y apertura de la información producida por instancias públicas. Este se mueve dentro de una escala que va de 1 a 5 estrellas, siendo 1 el nivel más precario de disponibilidad de los datos y 5 el nivel ideal.

De acuerdo con la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2013 el indicador se ubicó en 2 estrellas, lo cual sugiere la necesidad de mejorar drásticamente la disponibilidad de los datos asociados que contribuyen a su diagnóstico y comprensión, para avanzar en el desarrollo de investigaciones relacionadas con la temática de embarazo en adolescentes (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014, pág. 46).

5.5 Resolución 1841 de 2013 - Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Resolución 1841 de 2013 adopta el *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*: La salud en Colombia la construyes tú (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Este plan se propone reducir la inequidad en salud a través de 3 objetivos capitales: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente,

y; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable, a la vez que busca afianzar el concepto de salud entendido como la interacción armónica de todos los determinantes biológicos, mentales, sociales y culturales.

Así, pues, dicho Plan se constituye en la carta de navegación que define la política y las acciones articuladas de todos y cada uno de los actores, tanto públicos como privados, involucrados en la misión de crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida del país, en respuesta a los desafíos actuales en salud pública, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 20).

Además del principio de integralidad de la salud, este Plan incorpora cuatro enfoques complementarios: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (niñez, juventud, adultez, y persona mayor); 3) el enfoque diferencial (por condiciones específicas de discapacidad, violencia, desplazamiento, diversidad sexual o étnica); y 4) el modelo de los ya mencionados Determinantes Sociales de Salud DSS, y que han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud (Ministerio de Salud, 2013, pág. 21).

Define asimismo 8 dimensiones prioritarias que representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial, las cuales se concatenan con una serie de estrategias y un conjunto de acciones correspondientes.

Estas dimensiones prioritarias son, entonces: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral (Ministerio de Salud, 2013, pág. 50).

5.5.1 Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Dado lo anterior, la dimensión que ocupa el presente capítulo es la concerniente a la Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, la cual está definida como el conjunto de acciones articuladas e integrales dirigidas a promover y garantizar el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades. Su objetivo está enunciado de la siguiente manera:

> Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas (Ministerio de Salud, 2013, pág. 109).

Esta dimensión se plantea además dos componentes:

1. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, definida como el proceso permanente y articulado de los diferentes actores que permita a las personas, grupos y comunidades gozar del nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva SSR y ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

El objetivo de este componente es garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencias, en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado (Ministerio de Salud, 2013, págs. 109-110).

Para alcanzar el anterior objetivo se propone asimismo las siguientes metas:

a. Para el año 2021, el 80% de las entidades territoriales contarán por lo menos con un espacio transectorial y comunitario, que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

b. Para el año 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.

c. Para el año 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizará que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial (Ministerio de Salud, 2013, pág. 110).

Con el fin de lograr cada una de estas metas y alcanzar el objetivo planteado, este componente cuenta con la siguiente serie de estrategias y acciones:

a) Políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, desde los enfoques de género y diferencial; afectando positivamente los determinantes sociales relacionados con las violencias de género y violencias sexuales, la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH Sida, la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, y la garantía de la salud materna.

b) Coordinación, transectorial y comunitaria a los procesos que permitan garantizar los derechos relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía; así como para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidas al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura con enfoque diferencial.

c) Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni

discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

d) Fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social: incluye la disposición de información, educación y comunicación para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana (laborales, educativos, institucionales, comunitarios), con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante la construcción de nuevas masculinidades y feminidades; fomenta la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con equidad e igualdad de género.

e) Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: Involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos sectoriales y transectoriales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional.

Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación.

f) Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, así corno en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.

g) Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación para la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad entre hombres y mujeres, la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente, no sexista, que cuestione las creencias y estereotipos que legitiman la discriminación, el estigma, las violencias de género y las violencias sexuales.

h) Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas), que incluya la expansión de cobertura y calidad del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, articulado con los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, para el ejercicio de derechos en torno al desarrollo de una sexualidad en condiciones de igualdad, libertad y autonomía, sin ninguna discriminación y libre de violencias. Fomento de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, la recreación y la cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos que permitan la autonomía económica y condiciones de vida digna, especialmente para las mujeres, jóvenes, población Lesbiana, Gay,

Bisexual, Transexual e Intersexual LGBTI, población rural y víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud, 2013, págs. 110-111).

2. Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos, definido como todas aquellas acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias coordinadas a fin de garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral. Sus objetivos están dados de la siguiente manera:

a. Garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral.

b. Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

c. Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores.

d. Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual, con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante el fortalecimiento institucional, la

gestión del conocimiento, y la coordinación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria.

e. Promover la articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y a la atención integral en salud, y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación (Ministerio de Salud, 2013, pág. 111).

Al igual que el componente anterior, se plantean una serie de metas para dar cumplimiento a los objetivos correspondientes:

a. A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

b. A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).

c. A 2021 aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

d. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.

e. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

f. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.

g. A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.

h. A 2021, incrementar como mínimo en quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.

i. A 2021, el 80% de los municipios del país operará el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.

j. Para el año 2021, el 80% de los municipios desarrollarán procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.

k. Para el año 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas recibirán una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.

l. Para el año 2021, el 100% de las EPS, en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, contarán con una red integrada de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.

m. Para el año 2021, el 100% de las secretarías de educación certificadas del país definirán planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género,

de derechos y diferencial, sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.

n. Para el año 2021, el 100% de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia incluirán, en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, de género y diferencial

o. Al año 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.

p. Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.

q. Para el año 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.

r. Para el año 2021, lograr el acceso universal a terapia Anti Retro Viral ARV para todas las personas en necesidad de tratamiento.

s. Para el año 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las oblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH[13], Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres trans-género, personas privadas de la libertad).

[13] Convención internacional que significa *Hombres que tienen sexo con otros Hombres*

t. Para el año 2015, el 100% de las mujeres en control prenatal habrán sido tamizadas para Hepatitis B.

u. Para el año 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50% (Ministerio de Salud, 2013, págs. 112-113).

Las estrategias de este componente se agrupan en varios aspectos así:

Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico

a. Fortalecer inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de las actividades de inducción de la demanda, atención integral y acceso a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos; así como la eliminación de barreras de acceso y seguimiento del uso de métodos modernos de anticoncepción por parte de las IPS y las EPS, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil, incluidos los y las adolescentes; y seguimiento, evaluación y difusión del cumplimiento de normas técnicas y metas definidas, por parte de la Nación y las entidades territoriales.

b. Desarrollo de tecnologías de información y comunicación para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y prestadores de servicios de salud, que incluye herramientas de comunicación para los procesos de referencia y contra-referencia.

c. Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico, y de sus hijos e hijas.

d. Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud: implica incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio.

e. Calidad en la atención: promover alianzas estratégicas entre entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, y prestadores de servicios, para eliminar barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de servicios integrales, que incluya aseguramiento prioritario del binomio madre- hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención pre-hospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutiva de las IPS y sistema de referencia y contra-referencia efectivo que garantice los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

f. Vigilancia en salud pública: incluye la vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema, la interrupción voluntaria del embarazo IVE, el embarazo en adolescentes y del modelo de seguridad clínica que incluya disponibilidad, oportunidad y suficiencia de sangre y componentes sanguíneos en los servicios de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas; así como el fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento, ligado al Observatorio de Maternidad Segura, IVE, embarazo en adolescentes. También implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de los datos y gestión de la información.

g. Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer, antes, durante y después de un evento obstétrico.

Salud Sexual y Reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes

a. Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad a adolescentes y jóvenes.

b. Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda temprana hacía los servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR.

c. Desarrollo de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes.

d. Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas.

e. Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, con enfoque de derechos, de género y diferencial.

f. Fortalecer los sistemas de evaluación de resultados de las políticas; mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes, ligado al Observatorio de Maternidad Segura, IVE y embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información.

Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales

a. Observatorio de violencias. Consolidación de los sistemas de información sobre violencias de género a través de la articulación de los sistemas de información de los sectores de salud, justicia y protección, como insumo para la gestión de la política pública y la generación de conocimiento. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información para la torna de decisiones frente a las acciones de las políticas, acciones de prevención, detección, atención integral, y seguimiento para asegurar el acceso efectivo de la atención a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales.

b. Gestión articulada de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres; el Plan Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencias; el Programa para el Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género y los Lineamientos de Política Pública para la Garantía de los Derechos de las Mujeres Víctimas del Conflicto Armado.

c. Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, desde los sectores de salud, protección y justicia, de conformidad con los protocolos, guías y normatividad vigente para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.

d. Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano de los sectores de salud, protección, justicia y educación, para la atención integral de las violencias de género y violencias sexuales, con enfoque de derechos, de género y diferencial.

e. Implementación de estrategias diferenciales para el abordaje integral de la Salud Sexual y Reproductiva, prevención y atención de violencias de género y sexual, y de las personas, familias y comunidades víctimas del conflicto armado.

f. Análisis de Situación en Salud de las violencias de género y violencias sexuales, mediante Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica COVE, unidades de análisis y Salas Situacionales; Salas de Crisis en violencia sexual en el marco del conflicto armado, entre otras.

Acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

a. Coordinación sectorial, transectorial y comunitaria para la gestión de políticas públicas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos con enfoque en los Determinantes Sociales de la Salud.

b. Articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad; para inclusión social y prevención del estigma y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas privadas de la libertad, personas en situación de calle, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad y víctimas de violencia. Desarrollo de leyes y normas que

garanticen los derechos de las poblaciones más vulnerables a la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA o que combatan cualquier forma de estigma y discriminación.

c. Coordinación con el sector educativo para fortalecer el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, en el marco del compromiso latinoamericano Prevenir con educación.

d. Fomento de estrategias educativas para la prevención de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA y la reducción del estigma y la discriminación en el entorno laboral.

e. Coordinación con el sector cultural, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas para la concurrencia de acciones que apunten a reducir condiciones de vulnerabilidad en Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA.

f. Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil frente a ITS-VIH/SIDA en acciones de tipo comunitario, para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.

g. Información, educación y comunicación para la reducción del estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA.

h. Prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y del VIH.

i. Promoción de la demanda y ampliación de la oferta de asesoría y prueba voluntaria de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, mediante la oferta de pruebas rápidas en los servicios comunitarios, con énfasis en poblaciones vulnerables, para su canalización al diagnóstico en los servicios de salud.

j. Actualización, difusión e implementación de Guías de Atención Integral en Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, para la prevención, detección oportuna y el tratamiento adecuado de la infección por VIH/SIDA y el control del riesgo biológico y bioseguridad.

k. Promoción y educación a la comunidad y a los donantes de sangre para la prevención de las infecciones transmitidas por transfusión (VIH, Sífilis, HTVL, VHB y VHC), y canalización desde el banco de sangre hacia los servicios de salud de los donantes positivos o con factores de riesgo.

l. Prevención y control de las hepatitis vírales. Implica la coordinación de acciones de prevención incluidas en el Plan Ampliado de Inmunización, Bancos de Sangre, Riesgos Laborales y Salud Sexual y Reproductiva.

m. Implementación de planes de contingencia en los planes territoriales para la prevención y atención integral de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en casos de emergencia o desastre,

n. Vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento, que incluye el fortalecimiento del sistema de Información del Plan Nacional de Respuesta a la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, que incluye el sistema de reporte a través de SIVIGILA, la auditoría y análisis de información a los reportes que genera la Cuenta de Alto Costo y la investigación diagnóstica, terapéutica y operativa en salud pública, para el control de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA (Ministerio de Salud, 2013, págs. 113-115).

5.6 Ley 1620 de 2013: Sistema Nacional de Convivencia Escolar

Mediante la Ley 1620 de 2013, el Congreso de la República decreta la creación del *Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar*, la cual tiene como objeto, según reza el artículo 1, promover y fortalecer la formación ciudadana y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes de los niveles educativos de preescolar, básica y media y, con ello, prevenir y mitigar la violencia escolar, reducir el embarazo en la adolescencia y mejorar el clima escolar (Congreso de la República, 2013) .

A este respecto, el artículo 2 define tal formación como:

> aquella orientada a formar personas capaces de reconocerse como sujetos activos titulares de derechos humanos sexuales y reproductivos con la cual desarrollarán competencias para relacionarse consigo mismo y con los demás, con criterios de respeto por sí mismo, por el otro y por el entorno, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social que les posibilite tomar decisiones asertivas, informadas y autónomas para ejercer una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, en torno a la construcción de su proyecto de vida y a la transformación de las dinámicas sociales, hacia el establecimiento de relaciones más justas democráticas y responsables (Congreso de la República, 2013).

De igual manera, esta ley define como sus principios rectores la participación, la corresponsabilidad, la autonomía, la diversidad, y la integralidad. Define también la estructura del sistema, sus acciones, disposiciones generales, y las funciones y actividades que deberán llevar a cabo entidades estatales como los Ministerios de Educación, de Salud y Protección Social, de Cultura, de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, y la Policía de Infancia y Adolescencia, entre otros, en las instancias nacional, territorial y escolar.

Así, el artículo 6 define su estructura a partir de estas tres instancias:

- Nacional: Integrado por el Comité Nacional de Convivencia Escolar

- Territorial: Integrado por los comités municipales, distritales y departamentales de convivencia escolar, según corresponda.

- Escolar: Integrado por el comité de convivencia del respectivo establecimiento educativo (Congreso de la República, 2013).

El capítulo III describe el papel del sector educativo en el sistema y define asimismo las responsabilidades al respecto en cada una de las estancias anteriores, a saber, Ministerio de Educación Nacional (artículo 15), Secretarías de educación de las entidades territoriales (artículo 16), y Establecimientos educativos (artículo 17). Dichas responsabilidades están enunciadas de la siguiente manera:

Responsabilidades del Ministerio de Educación Nacional

1. Promover y fomentar conjuntamente con las secretarías de educación certificadas, en los establecimientos educativos, la implementación de los programas para el desarrollo de competencias ciudadanas, la educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, de conformidad con los lineamientos, estándares y orientaciones que se definan. Dicha implementación se hará a través de proyectos pedagógicos de carácter obligatorio, de conformidad con el artículo 14 de la Ley General de Educación, como parte de los Proyectos Educativos Institucionales -PEI- o de los Proyectos Educativos Comunitarios -PEC-, según el caso.

2. Dar los lineamientos y orientaciones en la utilización de indicadores de convivencia escolar que visibilicen los problemas y potencialice la toma de decisiones en relación con los proyectos y programas de qué trata el artículo 15 de este proyecto de ley.

3. Producir y distribuir materiales educativos para identificar y utilizar pedagógicamente las situaciones de acoso y violencia escolar, a través de su análisis, reflexiones y discusiones entre estudiantes, que orienten su manejo en los establecimientos educativos en el marco del ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y de la formación para la ciudadanía.

4. Incorporar en los procesos de autoevaluación o en los procesos de certificación de calidad de los establecimientos educativos, las variables asociadas a clima escolar y a la implementación de proyectos pedagógicos para la mitigación de la violencia y acoso escolar, y la educación para la sexualidad como un criterio de evaluación.

5. Diseñar, administrar y realizar los reportes periódicos del Sistema Unificado de Información de Convivencia Escolar, definido por esta Ley en su artículo 28.

6. Asistir técnicamente a las secretarías de educación certificadas, para que adelanten procesos de actualización y de formación docente sobre temáticas relacionadas con la promoción de la convivencia escolar, la resolución de conflictos escolares, el ejercicio de los derechos humanos, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, el desarrollo de competencias ciudadanas y el fomento de estilos de vida saludable para la prevención y mitigación del acoso y la violencia escolar, que se incluirán anualmente en los planes operativos de los planes territoriales de formación docente.

7. Realizar asistencia técnica a los entes territoriales para el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y seguimiento de situaciones de convivencia escolar, establecer guías generales en la construcción de líneas de bases e indicadores sobre la convivencia escolar que no solo visibilice los problemas sino que potencialice los proyectos y programas que promueven la vida y los derechos humanos.

8. Coordinar con el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación la incorporación en las Pruebas Saber los módulos para las evaluaciones de competencias ciudadanas. La aplicación irá acompañada de un instrumento que permita obtener información adicional acerca del clima y la convivencia escolar en los establecimientos educativos.

9. Gestionar alianzas con el sector privado para el apoyo a la implementación de las políticas y los programas a que hace referencia el inciso primero del artículo 20 de la presente Ley, en favor de la convivencia escolar.

10. Promover conjuntamente con instituciones de alcance nacional convocatorias orientadas al desarrollo de investigación aplicada en el tema de convivencia escolar y formación para el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, y la prevención y la mitigación de la violencia escolar (Congreso de la República, 2013, págs. 9-10).

Responsabilidades de las secretarías de educación de las entidades territoriales

1. Participar activamente en el comité municipal, distrital o departamental de convivencia escolar en la respectiva jurisdicción y contribuir al cumplimiento de las funciones del mismo, en el marco de sus responsabilidades.

2. Garantizar la oportuna divulgación, armonización, coordinación y ejecución de las estrategias, programas y acciones definidas por el comité municipal, distrital o departamental de convivencia escolar al cual pertenezcan, con las prioridades y acciones de política educativa establecidas en la correspondiente entidad territorial.

3. Garantizar que la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar sea apropiada e implementada por los establecimientos educativos en el marco de sus responsabilidades, con el fin de proteger a los estudiantes contra toda forma de acoso y violencia escolar por parte de los demás compañeros, profesores o directivos docentes.

4. Gestionar alianzas con el sector privado para la implementación de los programas a que hace referencia el numeral 1 del artículo 15 de la presente Ley en favor de la convivencia escolar.

5. Garantizar el desarrollo de los procesos de actualización y de formación docente y de evaluación de clima escolar de los establecimientos educativos, previstos en los numerales 3 y 6 del artículo 15 de la presente Ley.

6. Promover el desarrollo de las competencias ciudadanas, el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, el fomento de estilos de vida saludable y la prevención del acoso escolar y el *ciber bullying*[14] en las jornadas escolares complementarias.

7. Hacer seguimiento y apoyar el reporte de aquellos casos de acoso escolar, violencia escolar y vulneración de derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes denunciados por los establecimientos educativos y hacer análisis de casos y de cifras que les permitan tomar decisiones con base en el desarrollo de la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar, en lo que es de su competencia, con el fin de prevenir y mitigar dichos casos.

8. Escuchar las voces de la comunidad educativa y determinar las acciones pertinentes para la región en el marco de las políticas del Ministerio de Educación Nacional.

9. Acompañar a los establecimientos educativos para que actualicen, divulguen y apliquen el manual de convivencia.

10. Acompañar a los establecimientos educativos en la implementación del comité escolar de convivencia y realizar seguimiento al cumplimiento de las funciones asignadas al mismo (Congreso de la República, 2013, pág. 11).

[14] Término en inglés que significa ciber acoso: Uso de los medios telemáticos (Internet, telefonía móvil y videojuegos online principalmente) para ejercer el acoso psicológico entre iguales.

Responsabilidades de los establecimientos educativos

1. Garantizar a sus estudiantes, educadores, directivos docentes y demás personal el respeto a la dignidad e integridad física y moral en el marco de la convivencia escolar, los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

2. Implementar el comité escolar de convivencia y garantizar el cumplimiento de sus funciones acorde con lo estipulado en los artículos 11,12 y 13 de la presente Ley.

3. Desarrollar los componentes de prevención, promoción y protección a través del manual de convivencia, y la aplicación de la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar, con el fin de proteger a los estudiantes contra toda forma de acoso, violencia escolar y vulneración de los derechos humanos sexuales y reproductivos, por parte de los demás compañeros, profesores o directivos docentes.

4. Revisar y ajustar el proyecto educativo institucional, el manual de convivencia, y el sistema institucional de evaluación de estudiantes anualmente, en un proceso participativo que involucre a los estudiantes y en general a la comunidad educativa, a la luz de los enfoques de derechos, de competencias y diferencial, acorde con la Ley General de Educación, la Ley 1098 de 2006 y las normas que las desarrollan.

5. Revisar anualmente las condiciones de convivencia escolar del establecimiento educativo e identificar factores de riesgo y factores protectores que incidan en la convivencia escolar, protección de derechos humanos, sexuales y reproductivos, en los procesos de autoevaluación institucional o de certificación de calidad, con base en la implementación de la Ruta de Atención Integral y en las decisiones que adopte el comité escolar de convivencia.

6. Emprender acciones que involucren a toda la comunidad educativa en un proceso de reflexión pedagógica sobre los factores asociados a la violencia y el acoso escolar y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos y el impacto de los mismos, incorporando conocimiento pertinente acerca del cuidado del propio cuerpo y de las relaciones con los demás, inculcando la tolerancia y el respeto mutuo.

7. Desarrollar estrategias e instrumentos destinados a promover la convivencia escolar a partir de evaluaciones y seguimiento de las formas de acoso y violencia escolar más frecuentes.

8. Adoptar estrategias para estimular actitudes entre los miembros de la comunidad educativa que promuevan y fortalezcan la convivencia escolar, la mediación, la reconciliación y la divulgación de estas experiencias exitosas.

9. Generar estrategias pedagógicas para articular procesos de formación entre las distintas áreas de estudio (Congreso de la República, 2013, pág. 12).

Asimismo, el artículo 19 le confiere responsabilidades a los docentes dentro del Sistema de Convivencia escolar en cuestión:

1. Identificar, reportar y realizar el seguimiento a los casos de acoso escolar, violencia escolar y vulneración de derechos sexuales y reproductivos que afecten a estudiantes del establecimiento educativo, acorde con los artículos 11 y 12 de la Ley 1146 de 2007 y demás normatividad vigente, con el manual de convivencia y con los protocolos definidos en la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar. Si la situación de

intimidación de la que tienen conocimiento se hace a través de medios electrónicos igualmente deberá reportar al comité de convivencia para activar el protocolo respectivo.

2. Transformar las prácticas pedagógicas para contribuir a la construcción de ambientes de aprendizajes democráticos y tolerantes que potencien la participación, la construcción colectiva de estrategias para la resolución de conflictos, el respeto a la dignidad humana, a la vida, a la integridad física y moral de los estudiantes.

3. Participar de los procesos de actualización y de formación docente y de evaluación del clima escolar del establecimiento educativo.

4. Contribuir a la construcción y aplicación del manual de convivencia (Congreso de la República, 2013, pág. 13).

El artículo 20 enuncia los Proyectos Pedagógicos mencionados en el numeral 1 del artículo 15, los cuales deben ser formulados y gestionados por los docentes de todas las áreas y grados de los establecimientos educativos, respondiendo a situaciones específicas del contexto y que hagan parte del proyecto educativo institucional o del proyecto educativo comunitario. En este sentido, los proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad han de tener como objetivos el desarrollar en los estudiantes, gradualmente según la edad y desde cada una de las áreas obligatorias en temas relacionados con el cuerpo y el desarrollo humano, la reproducción humana, la salud sexual y reproductiva y los métodos de anticoncepción, competencias para tomar decisiones informadas, autónomas, responsables, placenteras, saludables y orientadas al bienestar; y aprender a manejar situaciones de riesgo, a través de la negativa consciente reflexiva y critica y decir no a propuestas que afecten su

integridad física o moral, […] así como reflexiones en torno a actitudes, intereses y habilidades en relación con las emociones, la construcción cultural de la sexualidad, los comportamientos culturales de género, la diversidad sexual, la sexualidad y los estilos de vida sanos, como elementos fundamentales para la construcción del proyecto de vida del estudiante (Congreso de la República, 2013, págs. 13-14).

En la misma dirección, el artículo 21 plantea que los manuales de convivencia deben incentivar y fortalecer la convivencia y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes, respetar la diversidad y dirimir conflictos. Asimismo les otorga a los educadores el rol de orientadores y mediadores en las posibles situaciones que pongan en riesgo lo anterior y estipula como herramienta la inclusión de una Ruta de atención integral (Congreso de la República, 2013, pág. 14).

Dicha Ruta de Atención Integral para la convivencia escolar, según el artículo 29, define los procesos y protocolos a seguir en todos los casos en que se vea afectada la convivencia y los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes. Para ello, las instituciones que conforman el Sistema deben garantizar" la atención inmediata y pertinente de los casos de violencia escolar, acoso o vulneración de los derechos mencionados que se presenten en los establecimientos educativos o en sus alrededores que involucren a niños, niñas y adolescentes de los niveles de preescolar, básica y media, así como de casos de embarazos en adolescentes" (Congreso de la República, 2013, pág. 19).

Esta Ruta debe contar como mínimo con cuatro componentes de:

a) promoción, centrada en el desarrollo de competencias y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, lo cual define las normas de convivencia que deben seguir los miembros de la comunidad educativa en los diferentes espacios del establecimiento educativo y los mecanismos e instancias del mismo.

b) prevención, la cual ha de ejecutarse a través de un proceso constante de formación con el fin de disminuir en los estudiantes el impacto de las condiciones del contexto en que viven, las causas que puedan potencialmente originar violencia escolar, sobre sus factores precipitantes en la familia y en los espacios sustitutivos de la vida familiar.

c) atención, mediante el desarrollo de estrategias que permitan asistir a los miembros de la comunidad educativa de manera inmediata, pertinente, ética e integral, en casos de violencia o acoso escolar o de comportamiento agresivo que vulnere los derechos humanos, sexuales y reproductivos de acuerdo con el protocolo dirigido para tal fin.

d) seguimiento, centrado en el reporte oportuno de la información al Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar, del estado de cada uno de los casos de atención reportados (Congreso de la República, 2013, págs. 19-20).

El artículo 28 le confiere a este Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar la función de identificación, registro y seguimiento de los casos de acoso, violencia escolar y de vulneración de derechos sexuales y reproductivos que afecten a los niños, niñas y adolescentes de los establecimientos educativos. Esta información, junto a los datos de encuestas e investigaciones servirán de base para la toma de decisiones y para la reorientación

de estrategias y programas que fomenten el Sistema de la presente ley (Congreso de la República, 2013, pág. 18).

5.7 Ley 1753 de 2015: Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018

Mediante esta ley el Congreso de la República expide el *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "*Todos por un nuevo país*",* el cual ratifica tanto la *Política de Atención Integral a la Primera Infancia y Adolescencia*, como la *Estrategia para la Prevención del embarazo en la adolescencia* propuesta por el Conpes Social 147, en los artículos 82 y 84 respectivamente (Congreso de la República, 2015).

Sobre la primera, el artículo 82 sanciona que:

> El Gobierno Nacional consolidará la implementación de la política de primera infancia y desarrollará una política nacional para la infancia y la adolescencia, en armonía con los avances técnicos y de gestión de la estrategia De Cero a Siempre, con énfasis en la población con amenaza o vulneración de derechos (Congreso de la República, 2015).

Con respecto a la segunda, el artículo 84 dice que las entidades territoriales deben incluir en sus respectivos planes de gobierno para el periodo 2016-2019 la implementación de la Estrategia Integral para la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia. Dicho artículo sanciona que:

El Gobierno Nacional bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, realizará asistencia técnica conjunta a los entes territoriales del país para que los alcaldes y gobernadores incluyan indicadores, políticas, programas y proyectos de derechos sexuales y reproductivos vinculados con la política de prevención del embarazo en la adolescencia en los respectivos planes de desarrollo (Congreso de la República, 2015).

5.8. Entidades del orden nacional y regional en temas de embarazo adolescente

5.8.1 Alta Consejería para la Equidad de la Mujer

Mediante el Decreto 1182 de 1999 es creada la *Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer*, la cual es posteriormente ratificada como *Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer* (ACPEM) en el año 2010, y más recientemente, ratificada de nuevo como *Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer* (CPEM) mediante el Decreto 1649 del 2 de septiembre de 2014.

Según el artículo 16 de este Decreto, entre sus funciones se indican las siguientes:

- Asistir al Gobierno Nacional en el diseño de las políticas gubernamentales destinadas a promover la equidad entre mujeres y hombres.

- Impulsar la incorporación de la perspectiva de género en la formulación, gestión y seguimiento de las políticas, planes y programas en las entidades públicas nacionales y territoriales.

- Establecer los mecanismos de seguimiento al cumplimiento de la legislación interna y de los tratados y convenciones internacionales que se relacionen con la equidad de la mujer y la perspectiva de género.

- Apoyar la formulación y el diseño de programas y proyectos específicos dirigidos a mejorar la calidad de vida de las mujeres; especialmente las más pobres y desprotegidas.

- Impulsar la reglamentación de leyes existentes dirigidas a lograr la equidad para las mujeres (Presidencia de la República, 2014).

Asimismo, como organismo adscrito a la Presidencia de la República, la ACEPM ha dedicado parte de su trabajo a la prevención del embarazo adolescente, tal y como se evidencia a través del documento Conpes Social 147 que establece las líneas estratégicas de acción sobre la problemática.

En consonancia con esto, la Alta Consejería y Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos creada por el Conpes Social 147 realizaron en el año 2016 el "*IV Foro Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia*", en el marco de la Conmemoración de la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Adolescencia. El objetivo de dicho Foro es subrayar la importancia de garantizar los derechos a los adolescentes como principal herramienta de prevención de los

embarazos no deseados. Asimismo, se busca reiterar los principios y derechos sugeridos en ocasiones anteriores y que están contemplados en la “Estrategia Nacional de Atención Integral de Niñas, Niños y adolescentes con énfasis en la Prevención del embarazo en la Adolescencia”.

5.8.2 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar cuenta entre sus líneas de acción una dirigida a la Niñez y Adolescencia, con la cual busca promover la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años, prevenir su vulneración y gestionar la activación de rutas de restablecimiento de estos derechos, y promover la corresponsabilidad de la familia, sociedad y Estado en su protección integral.

Esta línea de acción incluye una estrategia para la Prevención de Embarazo en Adolescentes, la cual tiene como objetivos el liderar la formulación, desarrollo y gestión de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes en el marco de la promoción y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

5.8.3 Ministerio de Salud y Protección Social

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido desarrollando desde 2008 el modelo de *Servicios de Salud Amigables* para adolescentes y jóvenes, como una iniciativa de mejoramiento de la calidad y la pertinencia de los servicios de salud, con el fin de impactar en la prevención del embarazo en la adolescencia y el goce de la sexualidad informada y consciente. Para ello, el Ministerio ha implementado 560 de estos servicios a partir de un proceso de capacitación a prestadores del servicio de salud, y de movilización de la voluntad política de las EPS, IPS y autoridades gubernamentales de todas las regiones del país.

Los servicios de salud amigables buscan orientar la organización y prestación de servicios de salud para la población de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 29 años. Para ello, parten de la identificación y satisfacción de sus necesidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas que se adaptan a su realidad, ofreciendo asimismo otros servicios que los adolescentes requieren, logran mantenerlos como usuarios continuos al sentirse acompañados y orientados en la toma de decisiones, y cuenten con métodos efectivos de prevención del embarazo y de protección contra las infecciones de trasmisión sexual.

Paralelamente, se busca orientar a prestadores, aseguradores y tomadores de decisiones dentro del sistema de salud y seguridad social sobre los procesos de planificación, ejecución,

monitoreo y evaluación, y con ello facilitar que los profesionales cumplan con su corresponsabilidad en la integralidad de la atención a la población adolescente y joven (Ministerio de la Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-, 2008, pág. 88).

Estos servicios se rigen por los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano y los principios de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, los cuales determinan los lineamientos estratégicos que regulan la prestación de los servicios de salud en Colombia. En consonancia con esto, los principios de los servicios amigables dirigidos a los adolescentes y jóvenes, son los siguientes:

1. Lo esencial es permitir que las personas jóvenes tomen decisiones a partir de información de calidad, para que así puedan aumentar el control de su propia salud.

2. La juventud no es una sola. Cada persona y cada contexto adquieren sus propios rasgos. Cada joven es un mundo aparte que debe ser abordado y apoyado con flexibilidad. Los servicios deben ofrecerse a la medida de cada usuario, ajustándose a sus necesidades y posibilidades. Son los servicios los que se deben ajustar a jóvenes y adolescentes y no a la inversa.

3. La mejor evaluación es la que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades de jóvenes y adolescentes. El resto de procesos internos tienen sentido si contribuyen con dicho objetivo.

4. Las personas jóvenes afrocolombianas, las de la ciudad, las rurales, entre otras, tienen particularidades y necesidades distintas. Se espera que los servicios amigables estén

hechos para cada grupo de población y sean tan flexibles que puedan responder a sus distintas necesidades.

5. Cuando los jóvenes identifican sus propias necesidades y plantean cómo solucionarlas, ponen en juego todas las riquezas o fortalezas de sí mismos, de sus grupos y de sus pares. La institución de salud no podrá tener mejores aliados que los mismos jóvenes organizados (Ministerio de la Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-, 2008, págs. 90-91).

Estos servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes tienen tres modalidades básicas: Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes, y Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes.

Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes

Esta se realiza en las instituciones con infraestructura básica que cuentan para ello con un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad y guardando confidencialidad y respeto por las condiciones de adolescentes y jóvenes, dentro de la programación de consulta diaria. Se debe contar con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad.

Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes

Estas son ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparten la infraestructura con otros servicios de salud. Cuentan con profesionales capacitados para su atención y realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes. Estas se encuentran además debidamente señalizadas para orientar a los usuarios hacia los servicios de atención diferenciada.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes

Es un espacio físico independiente que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios (I.P.S.) especializada en adolescentes y jóvenes. Cuenta con profesionales especialistas permanentes que se adaptan a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes. Adicional a los servicios de salud, este centro ofrece a los jóvenes espacios para plantear sus dudas y expectativas, discutir, conformar grupos o redes y organizan procesos sociales, a través de dinámicas lúdicas, culturales, artísticas y deportivas, potencializando y facilitando así desarrollos psicosociales y formativos (Ministerio de la Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-, 2008, págs. 91-93).

Estos servicios buscan que adolescentes y jóvenes, al demandar servicios, obtengan una respuesta oportuna a sus necesidades, cuenten con servicios de salud diferenciados, de fácil acceso geográfico, ubicación conveniente, con espacios separados del resto de los usuarios y ambientes que garanticen la privacidad.

5.8.4 Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente creado por el Conpes Social 147

El *Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente* fue creado en virtud de la ley 1438 de 2011 y el Documento Conpes Social 147 de 2012, y es liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, con la participación y supervisión de la *Comisión Nacional Intersectorial del Conpes 147*. Su misión consiste en recopilar, analizar y divulgar información sobre embarazo en la adolescencia a nivel nacional proveniente de fuentes existentes, y ser la instancia referente que permita alertar y orientar a la sociedad, los actores claves y los tomadores de decisiones sobre las acciones y políticas pertinentes para prevenir el embarazo adolescente. Asimismo promoverá y fomentará la investigación, producirá informes y organizará debates periódicos alrededor de la temática, todo lo cual está pensado para monitorear el comportamiento de esta problemática, identificar sus determinantes y seguir el progreso y dificultades en el desarrollo de las Políticas al respecto (Ministerio de Salud y Seguridad Social, 2013, pág. 8).

Específicamente, las funciones del Observatorio son:

1. Impulsar la intersectorialidad y colaboración entre actores para la integración de fuentes de información relevantes para el Embarazo en la Adolescencia.

2. Extraer de forma conjunta datos de diferentes fuentes para producir y aumentar la disponibilidad de información para el país.

3. Identificar brechas en la información y fomentar el incremento de la evidencia disponible.

4. Monitorear cambios, comportamientos y tendencias del Embarazo en la Adolescencia, así como las desigualdades asociadas para destacar áreas de acción (Mirar con prospectiva para emitir alertas tempranas sobre factores de riesgos y problemas asociados).

5. Informar el desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones para prevenir e impactar sobre el Embarazo en Adolescentes (Apoyar e informar la toma de decisiones, emitir recomendaciones y orientaciones a políticas e intervenciones en salud).

6. Seguir el comportamiento de la oferta sanitaria y de los servicios de salud asociados a la atención de la adolescencia.

7. Difundir y comunicar la evidencia generada de forma eficiente.

8. Fomentar la investigación en apoyo con Colciencias para el país, y la creación de nodos y redes relacionadas (Ministerio de Salud y Seguridad Social, 2013, pág. 19).

5.9 Normatividad y programas municipales en Medellín

Tanto la Alcaldía como el Concejo Municipal de la ciudad de Medellín han venido realizando acciones con respecto a la prevención del embarazo en adolescentes, las cuales se traducen en acuerdos de ley, programas y campañas dirigidas a tal fin.

5.9.1 Red de Prevención del Embarazo Adolescente

La Red de Prevención del Embarazo Adolescente fue el producto de la sinergia de personas expertas en el tema y alrededor de 45 entidades encabezadas por la Alcaldía de Medellín, tanto públicas como privadas, entre las que destacan el ICBF, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, las Secretarías de Salud y de Educación de Medellín, Metrosalud, las Facultades de Medicina y de Enfermería y el Centro Interdisciplinario de Estudios en Género de la Universidad de Antioquia, las cajas de compensación familiar Comfama y Comfenalco, y Profamilia.

Su objetivo fue articular el planteamiento y desarrollo de estrategias dirigidas a la prevención del embarazo en los adolescentes. Para ello se han realizado varias investigaciones en diferentes sectores de la ciudad, así como varios proyectos, estudios y propuestas que han adelantado las instituciones de la Red.

El trabajo mancomunado de la Red se rige por una serie de principios básicos que son:

- Derecho a vivir una sexualidad sana, libre, responsable, placentera, segura y mínima de riesgos.

- Reconocimiento de la dimensión de la sexualidad humana como parte inherente del desarrollo integral de las personas.

- Ética fundamentada en los derechos sexuales y reproductivos.

- Reconocimiento de las múltiples identidades femeninas y masculinas.

- Respeto por las diferencias u orientaciones sexuales.

- Acogida a las convenciones internacionales sobre el tema.

- Trabajo en la búsqueda de equidad de género.

- Principio de inclusión.

- Instar al Estado a que asuma su posición sobre el tema.

- Derecho al servicio de acuerdo con las necesidades y demandas.

- Fomentar la transformación de la participación y corresponsabilidad de hombres y mujeres en la vivencia de su sexualidad (Secretaría de Salud, 2010, págs. 44-45).

Asimismo, la Red identificó una serie de debilidades de las diferentes iniciativas en Salud Sexual y Reproductiva y en prevención de embarazo adolescentes realizadas hasta entonces, a saber:

- Desarticulación en las intervenciones: tienden a ser aisladas, discontinuas, no sistemáticas.

- No han sido sostenibles en el tiempo.

- Se sustentan en diversidad de enfoques que no siempre han sido adecuadamente apropiados con los contenidos de SSR y reconocidos como un asunto vital de la salud y desarrollo de los y las adolescentes. No están suficientemente desarrollados en los marcos internacionales y evidencias científicas disponibles sobre el tema.

- Por lo general, no se sistematizan las experiencias de las intervenciones y, más aún, sería recomendable la participación de la cooperación internacional en estos esfuerzos.

- No generan apropiación de enfoques y lecciones aprendidas.

- No conllevan a evaluaciones de impacto (Secretaría de Salud, 2010, pág. 45).

A estas debilidades van aparejadas entonces varios retos que deben solucionar las entidades que trabajan con los adolescentes y la prevención del embarazo, entre los cuales están:

- Articular las intervenciones.

- Aumentar esfuerzos orientados a la sostenibilidad, creando capacidades al interior de las instituciones, capacitando el talento humano, y generando posibilidades de transferencias metodológicas y de financiación.

- Fortalecer la promoción de enfoques que aseguren contenidos en Salud Sexual y Reproductiva, y

- Asegurar la sistematización de las experiencias, así como evaluaciones de impacto de los programas, proyectos e iniciativas (Secretaría de Salud, 2010, pág. 45).

A partir de eso la Red llevó a cabo un proyecto cuyos componentes y acciones estuvieran enfocados a contribuir a solucionar el problema del embarazo adolescente. Éste tendría una duración de 24 meses y estaría a cargo de la Secretaria de Salud de la Alcaldía de Medellín, contando con tres componentes principales: (i) fortalecimiento de la oferta de red pública;

(ii) movilización social y sensibilización; y (iii) investigación, monitoreo y evaluación, además de los cuales se incluyeron actividades específicas de servicios de anticoncepción, equidad de género, investigación, movilización social y comunicación, políticas públicas y formación e información y servicios integrales, dando con ello origen al proyecto "Sol y Luna" (Secretaría de Salud, 2010, pág. 45).

5.9.2 Proyecto "Sol y Luna"

El *Proyecto Sol y Luna* fue un piloto para la prevención del embarazo, dirigido a la población adolescente de Medellín con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, implementado por la Secretaría de Salud de Medellín entre noviembre de 2006 y diciembre de 2008 en los barrios más pobres y vulnerables de la ciudad y que a su vez presentaban las más altas tasas de fecundidad adolescente. Este se implementó teniendo en cuenta tres componentes:

1. La atención para la prevención del embarazo adolescente mediante la creación de centros de salud amigables y una línea telefónica para responder a necesidades de información y orientación en diferentes temas de salud sexual y reproductiva.

Dado que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y el régimen subsidiado no tenían una oferta diferenciada de servicios de orientación y planificación familiar, el proyecto implementó (i) "Centros para Adolescentes" dotados con consultorios y salones equipados con mobiliario especial ubicados en los Centros de Salud de la Red Pública, para la atención

a adolescentes; y (ii) personal especialmente capacitado para la atención a adolescentes, y provisión de métodos anticonceptivos por parte de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2010, pág. 42).

2. La búsqueda de legitimidad de la sexualidad juvenil como una actividad normal, apropiada y necesaria, mediante la movilización social para crear una corriente de opinión favorable, y en la educación y salud sexual y reproductiva.

3. La información científica, la evaluación y el monitoreo.

El propósito del proyecto fue generar cambios en las conductas, actitudes y comportamientos de los adolescentes frente a la salud sexual y reproductiva y, a partir de esto, alcanzar el objetivo de reducir en 25% la tasa de embarazo adolescente (92.8 por mil, según línea de base 2006) y mejorar el conocimiento de los y las jóvenes sobre salud sexual y reproductiva e infecciones de transmisión sexual. Más allá de promover el uso de anticonceptivos, el proyecto incluyó cuatro enfoques fundamentales:

Derechos de la sexualidad adolescente, cuyo ejercicio es libre, seguro, no riesgoso, placentero y con protección, enfatizando la importancia del uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado.

Equidad de género apelando a la “democratización de las relaciones entre los sexos y entre las generaciones”

Reconocimiento de la sexualidad adolescente por parte de los adultos, facilitando el acceso a la información y al libre ejercicio de la sexualidad en este público.

Empoderamiento de los adolescentes por su sexualidad para la toma de decisiones autónomas y saludables (Secretaría de Salud, 2010, pág. 46).

Para lograr lo anterior el proyecto implementó acciones en la oferta de servicios de salud accesibles y de calidad para los adolescentes, para el cambio de actitudes y comportamientos con respecto a la salud sexual, y trabajó en la demanda en educación y sensibilización comunitaria sobre los derechos sexuales y reproductivos, cada una de los cuales contaba con actividades específicas.

- Fortalecimiento de la oferta con acciones de:

Capacitación en SSR para los proveedores de servicios de la red de salud de la ciudad, Metrosalud; campaña en SSR para la comunidad educativa del área de intervención; servicios innovadores de SSR para adolescentes prestados por enfermera profesional; y línea telefónica para atender problemas de SSR.

- Movilización masiva y sensibilización:

Campaña de medios masivos dirigida a la ciudadanía en general; implementación de página WEB sobre SSR; y capacitación de formadores de opinión.

- Investigación, monitoreo y evaluación:

Línea de base sobre SSR de adolescentes; difusión de resultados; seminario con actores claves; evaluación de impacto; monitoreo de la Unidad Coordinadora; y líneas de investigación sobre SSR.

Cabe resaltar que el proyecto ofertó una gama amplia de métodos anticonceptivos a la población adolescente, entre los cuales destacan el implante sub-dérmico Jadelle, el cual tuvo una demanda importante entre las jóvenes, las cuales se sintieron privilegiadas por acceder a

un método anticonceptivo de alta tecnología, el cual mejoró su autonomía social (Secretaría de Salud, 2010, pág. 68).

Unos de los más notables resultados de impacto fue la disminución del 5,6% de la tasa de embarazo adolescente con respecto a la línea de base y el aumento en el uso de los métodos anticonceptivos como protección para una relación sexual (cinco de cada 10 jóvenes usaron algún anticonceptivo, las mujeres usaron mayor proporción de métodos, incrementó la confianza en el *Jadelle*). Aumentó también en un 40% el número de adolescentes que se acercaron a los servicios de salud para una consulta, al igual que la proporción de jóvenes que conocen donde obtener un método anticonceptivo, principalmente de servicios de salud públicos (Secretaría de Salud, 2010, pág. 108).

A pesar de los resultados positivos, se considera que si las políticas públicas no intervienen sobre los determinantes estructurales del contexto que inciden en el riesgo del embarazo temprano, tales como el bajo ingreso económico de las familias, el empleo precario y mal remunerado, las condiciones de hacinamiento de las viviendas, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, es difícil que se mantenga una tasa de reducción en los años siguientes (Secretaría de Salud, 2010, pág. 108).

5.9.3 Jóvenes por la vida

Entre los años 2012 y 2015, la Secretaría de Salud de Medellín y Metrosalud desarrollan el programa "Jóvenes por la Vida" el cual hace parte del Plan de Desarrollo de la

administración municipal 2012-2015 “Medellín, un hogar para la vida”, y que se concibe como una estrategia para facilitar que los jóvenes encuentren oportunidades para el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades, fortaleciendo igualmente su participación en los diferentes procesos y aspectos de la vida de la ciudad. Su objetivo es entonces articular y complementar las acciones que la Alcaldía de Medellín ha realizado hasta el momento en pro de garantizar sus derechos y brindar oportunidades para su desarrollo como ciudadanos plenos, agentes de cambio y garantes de vida.

Este programa, a la vez que se articula con otros programas de la Administración Municipal como los de Buen Comienzo, concibe sus acciones y procesos como transversales e integrales a partir de un enfoque de derechos que tenga incidencia en ámbitos como la familia, la salud, la participación, la convivencia, la recreación y el deporte, la cultura, las oportunidades juveniles y la educación. En esta medida, tanto las acciones como cada una de las estrategias que el programa propone son puestas en marcha desde varias dependencias de la Administración Municipal como la Secretaría de Gobierno, Secretaría de Cultura Ciudadana, el INDER, la Secretaría de Salud, Secretaría de Bienestar Social y de Desarrollo Social (Alcaldía de Medellín, 2012, pág. 177).

Entre dichas estrategias está la denominada *Jóvenes por la vida, una estrategia de salud*, cuyo objetivo es implementar acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en los jóvenes, en temas de enfermedades de transmisión sexual, la drogadicción, el alcoholismo, el tabaquismo, la ludopatía y el embarazo adolescente, como

una política integral de asesoría y atención, más allá de la planificación familiar (Alcaldía de Medellín, 2012, pág. 177).

De esta manera el programa busca proteger a la población joven, “mediante la adopción de medidas saludables, el fortalecimiento de habilidades para la vida y orientación de su proyecto de vida, a través de la promoción del ejercicio de una vida sexual saludable y responsable” (Alcaldía de Medellín, 2012, pág. 51).

Esta estrategia se concreta con los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SAAJ) con los cuales se les posibilita a los jóvenes el acceso a espacios de consulta amena, tranquila y de confianza donde pueden encontrar respuesta a muchas de sus inquietudes.

Sin embargo, y pese a los varios programas y campañas desarrolladas por la Alcaldía de Medellín durante las recientes administraciones, las estadísticas de embarazo adolescente han venido en aumento en los últimos años, tanto a nivel nacional como municipal, lo cual parece evidenciar que las acciones antes descritas no están siendo suficientes para afrontar la problemática en cuestión. Si bien se dispone de la estrategia estipulada en el ya citado documento Conpes Social 147, el cual es la carta de navegación nacional sobre esta temática y marca los lineamientos para que las entidades territoriales, tanto regionales como municipales dirijan sus acciones al respecto, ésta se queda sin implementar en la mayoría de los casos.

5.9.4 Acuerdo 23 de 2011

El 20 de junio de 2011, el Concejo de Medellín aprueba el Acuerdo 23 mediante el cual se crea en la ciudad de Medellín la Política pública de prevención del embarazo infantil y adolescente. Además de la prevención del embarazo, dicha política señala en el artículo 1 la inclusión de la atención integral durante y después del embarazo para la población objeto (Concejo de Medellín, 2011).

Al ratificar los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos establecidos y acordados por la normatividad internacional vinculante e incorporada en el bloque constitucional, el Acuerdo se propone garantizarle a dicha población el acceso a una educación en Salud Sexual y Reproductiva, articulada con la implementación obligatoria de programas de promoción, prevención y atención psicosocial, médica y jurídica relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, para propiciar una sexualidad sana y responsable, priorizando a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad (Concejo de Medellín, 2011).

La reglamentación, diseño, articulación, ejecución y acompañamiento de todas las acciones, programas y proyectos dirigidos al cumplimiento de los objetivos de dicha política estará a cargo de la *Red de Salud Sexual y Reproductiva* que deberá crearse por parte del Alcalde, en cabeza de la Secretaría de Salud, y en asocio con las Secretarías de Educación, Cultura Ciudadana, Bienestar Social, Gobierno, de las Mujeres y demás secretarías,

dependencias e instituciones públicas y privadas que propendan igualmente por atención y bienestar de la población objeto.

Asimismo, el artículo 8 del Acuerdo ordena la realización del diagnóstico de la situación actual del embarazo infantil y adolescente en la ciudad, y los subsiguientes estudios e investigaciones necesarios para definir y apoyar los programas y proyectos más pertinentes y relevantes, de los cuales se deberá presentar cada año informe sobre los avances en su implementación y efectividad (Concejo de Medellín, 2011).

Sin embargo, aún con el Acuerdo municipal 23 de 2011, dicha Política Pública de Prevención del embarazo infantil y adolescente, al día de hoy está sin reglamentar e implementar por parte de la Alcaldía.

CONCLUSIONES

Colombia es el tercer país latinoamericano, luego de Venezuela y Perú, con mayores índices de embarazo adolescente. Si bien el Estado ha sido consecuente y oportuno al ratificar los diversos acuerdos internacionales con respecto a la infancia y adolescencia, es importante señalar que aún no define un accionar concreto respecto a la prevención del embarazo adolescente.

Abordar las diferentes explicaciones teóricas que pretenden dar cuenta de las múltiples causales de la problemática del embarazo adolescente lleva inevitablemente a cuestionarnos como sociedad contemporánea. Si bien es cierto que cada vez existen mayores factores de riesgo determinantes que inciden en que los adolescentes se conviertan en madres o padres a edad temprana, tales como el cada vez más temprano inicio de su vida sexual y las falencias en la educación, es claro que la familia y el Estado juegan un papel primordial, no sólo en la prevención del embarazo sino también en la protección de la infancia y por ende, de las adolescentes gestantes.

Asimismo, existe una particular conjunción de factores de riesgo producto del contexto y las condiciones socioeconómicas propias del país, a nivel general, y de la ciudad, a nivel local, en la que inciden factores como el desplazamiento forzado, la existencia de grupos delincuenciales en la ciudad de Medellín, el microtráfico de estupefacientes, la prostitución infantil -y el consecuente abuso sexual- por condiciones de extrema pobreza, entre otros, que propician un progresivo aumento en las cifras de muertes, violencia y delitos, en muchos de

los cuales se ven involucrados los adolescentes. Es así como estos factores afectan no solo la seguridad y la convivencia de la ciudad, sino también a los entornos familiares, donde la peor parte la llevan niños y adolescentes, quienes ven como única opción de vida la delincuencia, el vivir en la calle, y como medida de protección, la maternidad temprana.

I. Los objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030) son, sin lugar a dudas, un punto de partida primordial para la prevención del embarazo adolescente. Es así como desde la educación en la salud sexual y reproductiva los países se han comprometido en la reducción de la mortalidad materna y el incremento en la prevalencia del uso de métodos modernos anticonceptivos. Pese a los avances alcanzados en este aspecto, el cumplimiento de los ODM no ha sido integral, si bien Colombia reporta el cumplimiento en la enseñanza de educación y salud reproductiva, estos aún no son impartidos directamente en los programas de embarazo precoz. Sobre este aspecto, la educación en salud sexual y reproductiva tiene dos frentes: el primero es que solo es informativa y segundo, su enfoque es desde la salud, pues solo se busca la atención de los jóvenes en los centros asistenciales.

II. Asimismo, como segunda conclusión, sigue siendo insuficiente el acompañamiento y el apoyo técnico, político y social por parte del Estado en las regiones y zonas apartadas del país para dar cumplimiento a las metas nacionales en la prevención del embarazo adolescente, ello se puede evidenciar en los planes de desarrollo de muchos municipios, los cuales carecen de alguna estrategia de acción para la reducción del índice de embarazos adolescentes.

III. De igual forma, la cobertura de salud perinatal, salud integral y atención a la población más vulnerable se focaliza casi exclusivamente a las ciudades principales, dejando al margen la mayor parte de las zonas rurales y periféricas, que es dónde se presenta el mayor número de embarazos. Esta situación hace evidente la necesidad de la enseñanza de educación y salud reproductiva a partir de un plan agresivo de inclusión y difusión con estrategias pedagógicas y didácticas de gran impacto social.

Además de ello, si no se intervienen integralmente los detonantes coyunturales y los determinantes socioeconómicos, principalmente la pobreza, difícilmente se alcanzarán soluciones integrales de cobertura en educación, salud sexual y reproductiva y la disminución de la delincuencia y la violencia en las ciudades.

IV. Ahora bien, la Ley 1098 de Infancia y Adolescencia es un gran avance estatal en pos de la protección de esta población. Sin embargo, pese a sus principios y sus intenciones, no es realista con respecto al contexto del país, ya que gran parte de los índices de delincuencia son protagonizados por menores de edad, muchas veces inducidos y explotados por actores delincuenciales que se aprovechan del carácter de inimputabilidad que dicha Ley le confiere a los menores de edad que cometen delitos.

La Ley en sí misma se creó para la protección de la infancia ante la constante y progresiva vulneración de sus derechos, empero, desde el punto de vista penal, este carácter de inimputables se convierte en un factor agravante de las situaciones de violencia y

delincuencia, ya que muchas de las veces son los mismos niños y adolescentes quienes deciden incurrir en conductas delincuenciales. Además de esto, es relevante citar la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado ante las actuaciones de los menores de edad, corresponsabilidad que no funciona como debería acorde con las condiciones socioculturales de muchas regiones del país, ya que en la mayoría de los casos los niños, niñas y adolescentes que terminan en actos delincuenciales, no cuentan con la debida atención de su familia, o no hacen parte de una de ellas.

V. Como quinta conclusión, la familia se constituye en un importantísimo factor de protección de los niños, los adolescentes y las madres gestantes. No obstante, es fundamental tener presente que las estructuras familiares son un punto neurálgico que determinan las condiciones de vida y en el que se dan también, la mayoría de las veces, los factores que inciden en la vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes, así como los factores de riesgo próximos que inciden en el embarazo a temprana edad.

Es común que cuando se da el embarazo no deseado a temprana edad, muchas adolescentes son expulsadas de sus hogares tan pronto se conoce la situación, sin un lugar donde vivir, sin un empleo para sobrevivir, debiendo así interrumpir su proceso escolar y, en consecuencia, atrasar la realización de su proyecto de vida.

VI. Así las cosas, se podría afirmar que es el Estado quien podría ofrecer mayores alternativas de intervención a los diversos factores determinantes del embarazo adolescente, tales como más y mejor cobertura en servicios de salud, educación, y alimentación, entre

otros. Y la sociedad, en algunas de estas situaciones termina siendo el actor víctima de los actos del menor infractor, pues el Estado, a través de las garantías y prebendas de la citada Ley, se convierte en un Estado paternalista y permisivo, dado que exige pocos o ningún deber a los menores a quienes busca proteger.

VII. También es sustancial enunciar que los procesos penales de los adolescentes en las correccionales, son, sin más, un sistema inoperante e ineficaz demostrado. Las correccionales, en sí mismas, no garantizan ninguna protección y rehabilitación pedagógica, pues exponen a los adolescentes a otros casos de vulneración y violencia que no permiten su corrección y reinserción social. Cabe entonces preguntarse si es o no realista, coherente y eficaz la Ley de Infancia y Adolescencia en cuanto a su sistema de sanción a los menores infractores y delincuentes. ¿Se trata a niños idealizados como vulnerables o como delincuentes?

Hay que tener presente que tanto el sistema judicial y penal, como el sistema penitenciario en Colombia están colapsados, y no existe una conexión real entre el uno y el otro, y estas mismas fallas atañen al Sistema de Responsabilidad Penal para los Adolescentes de la Ley de Infancia y Adolescencia.

Por este mismo camino, se pueden señalar algunas falencias del sistema nacional de atención a la población más vulnerable, ya que si bien existe una política pública de atención integral para la primera infancia, tanto a nivel nacional con la estrategia De Cero a Siempre,

y a nivel local con el programa Buen Comienzo en la ciudad de Medellín, población ésta que, cumplidos los 6 años de edad, ingresa inmediatamente al sistema educativo hasta alcanzar la básica secundaria, promediando los 14 años de edad, luego de los cuales son mínimos los programas de atención integral dirigidos a la población adolescente, especialmente aquella en situaciones de riesgo, tales como el embarazo adolescente.

VIII. Por su parte, el Conpes Social 147 define los lineamientos de la política pública dirigida a la prevención del embarazo adolescente centrada en la educación sexual y reproductiva. Sin embargo, su escaso o nulo cumplimiento por parte de los municipios del país, y la falta de control y vigilancia del Estado desmeritan los esfuerzos jurisprudenciales estatales realizados en este sentido.

En la misma línea, después de revisar las acciones puntuales de los diferentes entes encargados de promover estrategias y programas de prevención del embarazo adolescente en la ciudad de Medellín, se hace evidente que muchas de estas acciones se realizan de forma aislada, convirtiéndose en esfuerzos individuales y acciones repetidas, dando al traste con el principio de integralidad planteada para la intervención de los diversos factores determinantes de la problemática.

A este respecto, es necesario integrar las acciones de las instituciones mencionadas para que exista una real eficacia en la implementación de una política pública de prevención, especialmente en la ciudad de Medellín, y lograr así la sinergia en las acciones para el

objetivo planteado, de manera que se aseguren los esfuerzos financieros, técnicos y humanos dirigidos a la atención de la población objeto de dicha política.

IX. Asimismo, hay que señalar que no es suficiente con los decretos expedidos por el Concejo de la ciudad, los cuales no se concretan en una verdadera implementación de la política pública de prevención del embarazo adolescente. Muestra de ello es que, si bien existe el Acuerdo Municipal 23 de 2011, a la fecha ésta no se han concretado en la política pública que este demanda, instrumentos públicos eficientes, estrategias y/o programas que demuestren su implementación. La Red de Prevención de Embarazo Adolescente es otro ejemplo de esta situación, la cual fue una estrategia que se inició en la ciudad en el año 2004 y terminó sus esfuerzos sin dar continuidad en sus programas e investigaciones, cruciales para la problemática en la ciudad.

En consecuencia, para que la ejecución de una política pública de prevención de embarazo adolescente sea eficiente en la ciudad de Medellín se hace urgente crear los mecanismos sociales y jurídicos de protección y atención a las adolescentes gestantes, de la mano de un escenario multimediático, comunicacional y de redes sociales que garanticen el acceso a la información oportuna y la atención integral, planes sociales integrales con cobertura en toda la ciudad que acompañen a los adolescentes y promocionen la construcción de proyectos de vida como principal objeto de desarrollo personal.

Se trata entonces de garantizar todos los recursos posibles para que los adolescentes y sus familias conozcan y accedan a los servicios oportunos necesarios para la integralidad

de su salud. En consecuencia, no basta con dotar los centros de salud y capacitar al personal médico en la atención de adolescentes y en la enseñanza de métodos modernos anticonceptivos.

X. Como décima conclusión de este trabajo, se debe tener presente, asimismo, que las estrategias implementadas deben estar enfocadas no sólo a la prevención sino también a la atención. La prevención del embarazo adolescente se logra, más allá de la institucionalidad, a través de estrategias que posibiliten la empatía con los adolescentes, y lo lograremos cuando se entienda que los planes de prevención deben ir de la mano de las estrategias de protección. Entendiendo, asimismo, que el adolescente en riesgo de un embarazo amerita la misma atención del que ya lo está, con lo cual se está garantizando la atención de dos generaciones.

Esto sólo se logra con educación, capacitación y sensibilización, puesto que los niños, niñas y adolescentes deben siempre contar con un acompañamiento capacitado que les permita reconocer sus derechos y proyectarse como ciudadanos de bien para la sociedad.

XI. Finalmente, hay que entender que la integralidad de una política pública dirigida a la prevención del embarazo adolescente ha de sustentarse, como lo demanda el citado Acuerdo Municipal 23 de 2011, en la creación de una Secretaría Intersectorial por parte de la administración municipal, que genere proyectos y programas de prevención reales y efectivos en pro de la disminución de los índices de embarazo adolescente, y que garantice la protección de los derechos y el bienestar integral de esta población.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES DOCUMENTALES

Alcaldía de Medellín. (2015). *Informe global de los resultados del programa Medellín Sana y Libre de Adicciones – Sexualidad con Sentido.* Medellín.

Alcaldía de Medellín. (2010) Secretaría de Bienestar Social. Recuperado de: https://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/S_usted/portafoliobiensocial.jsp

Alcaldía de Medellín. (2014). Medellín, cómo vamos: Informe de calidad de vida de Medellín, 2013. Medellín. Recuperado de: Medellín, Cómo vamos. http://www.medellincomovamos.org/informe-de-calidad-de-vida-de-medell-n-2013/

Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (2014). Monitoreo y Evaluación Conpes 147 de 2102: Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 año. Alta Consejería para la Equidad de la Mujer - UNICEF Colombia. Recuperado de:

http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf

Cámara de Diputados. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf

Centro Nacional de Consultoría. (2012). Informe Final de Línea de Base de la Estrategia "De Cero a Siempre". Recuperado de: http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Estudio%20L%C3%ADnea%20de%20base%20de%20la%20Estrategia%20De%20Cero%20a%20Siempre.pdf

CEPAL. (2015). *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas.* Santiago.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General 14.* Naciones Unidas. Ginebra.

Contreras, J., Guzmán, J. & Hakkert, R. (2001). Uso de anticonceptivos en adolescentes. En J. e. En Guzmán, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe.* UNFPA. México, D.F..

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -CESCR-. (2000). Observación General 14. Naciones Unidas. Ginebra. Recuperado de: https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14.

Comisión Intersectorial de Primera Infancia. (2012). Atención Integral de la Primera Infancia: De cero a siempre. Bogotá, D.C. Recuperado de: De Cero a Siempre. http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Cartilla-Atencion-Integral-prosperidad-para-primera-infancia.pdf.

DANE. (2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Estudios Post censales No 7.* Bogotá, D.C.

De Cero a Siempre. (2013). Boletín No. 2: El Aumento del Embarazo Adolescente en Colombia. Recuperado de: De Cero a Siempre. http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%C3%ADn%20No.%202%20El%20aumento%20de%20embarazos%20adolescentes%20en%20Colombia.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (2015). Plan Nacional de Desarrollo "Todos por un Nuevo País". 2014-2018. Bogotá, DC: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de:

https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf

Flórez, C., y Soto, Victoria. (2013). *Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia.* Profamilia - Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA. Bogotá, D.C.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Consejo Nacional y Consejos Regionales de Juventud para la Prevención del Embarazo Adolescente* . Bogotá, D.C.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. (2006). Colombia por la primera infancia: Política pública por los niños y niñas. Bogotá. Recuperado de: file:///C:/Users/USER/Downloads/politica_primer_infancia.pdf

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2009). Forensis 2009: Datos para la vida. Bogotá. Recuperado de: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34291/1+Introduccion.pdf/63576320-87ba-4302-bddb-ac85369eadaf

Jiménez, Maren., et al. (2011). *Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva. Serie Población y desarrollo N° 97.* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile.

Ministerio de Protección Social. (2008). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Ministerio de la Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-Colombia-. Bogotá, D.C. Recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente -ONIEA Colombia-. Guía metodológica. Bogotá, D.C. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ross-embarazo-adolescentes-oniea.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social- Fondo de Población de las Naciones- UNFPA. (2014). Conpes Social 147- 2012. Instrumentos para la Intersectorialidad a nivel local. Recuperado de: Definiciones teóricas, políticas y programáticas.

file:///C:/Users/JohanaJllo/Downloads/AJ%20-Conpes%20147%20Definiciones%20teoricas.pdf

Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño.* Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Nueva York.

Naciones Unidas. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer - Beijín 1995.* Nueva York.

Naciones Unidas. (1999). *Recomendaciones generales Adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.*

Naciones Unidas. (2000a). *Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados.* Asamblea General - Resolución A/RES/54/263 del 25 de mayo de 2000. Nueva York.

Naciones Unidas. (2000b). *Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.* Asamblea General - Resolución A/RES/54/263 del 25 de mayo de 2000. Nueva York.

Naciones Unidas. (2005). *Resolución aprobada por la Asamblea General-A/RES/60/1. Documento Final de la Cumbre Mundial 2005.* Nueva York.

Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarollo del Milenio: Informe de 2015.* Nueva York.

Naciones Unidas. (2015b). *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución A/70/L.1.* Nueva York.

Naciones Unidas. (1979). Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer -CEDAW-. Asamblea General de Naciones Unidas, Nueva York. Recuperado de: Naciones Unidas.

http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm.

Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York. Recuperado de: Naciones Unidas.http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html

Naciones Unidas. (1996). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: Naciones Unidas-Derechos Humanos-Oficina del Alto Comisionado. http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

Naciones Unidas. (1999) Recomendaciones generales aprobadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recuperado de: Naciones Unidas. http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom23

OAS – UNFPA. (2007). Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Organismo Andino de Salud (OAS) - Convenio Hipólito Unanue. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Recuperado de:

http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/364/PoliticaAndinaSSRAdolescentes21Nov12.pdf?sequence=1

Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos . (2002). *Derechos de la Mujer.* Nuevas Ediciones Ltda. Bogotá, D.C.

OIT. (1999). *Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.*Organización Internacional del Trabajo -OIT- Convenio 182. Ginebra.

Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica. (2005). Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica. Badajoz, España. Recuperado de:

http://www.oij.org/es_ES/publicacion/convencion-iberoamericana-de-derechos-de-los-jovenes

PNUD. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015.* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-, Bogotá D.C.

Presidencia de la República, USAID, Organización Internacional para las Migraciones. (2014). Niños, Niñas y Adolescentes. Recuperado de: Unidad para las Víctimas. http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/NINEZ.PDF

Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS).* Bogotá, D.C.

Secretaría de Salud. (2010). Sistematización del Proyecto Sol y Luna. En: Salud Pública de Medellín. Volumen 5, suplemento 1, enero junio de 2010. Págs. 11-98. Medellín.

UNFPA/UNAIDS/WHO. (2004). *Seen but not Heard. Very young adolescents aged 10-14 years.* UNAIDS. Geneva.

UNICEF. (2006). *Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño.* Naciones Unidas. Florencia, Italia.

UNICEF. (2008). *Estado mundial de la infancia: Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño.* Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Noviembre de 2008. Nueva York.

UNICEF- México. (2010). *Los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en México: Una Agenda para el Presente.* Ciudad de México.

FUENTES DOCTRINALES

Adaszko, A. (2005). Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En: Gogna, M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas (págs. 33-65). CEDES. Buenos Aires.

Agamez, A. (2016). 20.8% de los embarazos en Medellín son de niñas y adolescentes. Recuperado de: Publímetro. http://www.publimetro.co/medellin/20-8-de-los-embarazos-en-medellin-son-de-ninas-y-adolescentes/lmkpbr!p0iwW58Zfb/

Akella, D. & Jordan, M. (2015). Impact of Social and Cultural Factors on Teen Pregnancy . *Journal of Health Disparities Research and Practice, Vol 8(1),* 41-62.

Ávila, María. (2009). El embarazo adolescente en mujeres de sectores populares: ¿Elección de vida o destino? En: Revista diálogos, Vol. 1, N° 1, p.p. 43-55, Diciembre – 2009. Universidad de San Luis. San Luis, Argentina.

BBC Mundo. Acuerdo de paz en Colombia: las FARC sacarán a los menores de 15 años de sus campamentos. BBC Mundo, Mayo 16 de 2016.. Recuperado de:

http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/05/160515_colombia_guerrilla_farc_conflicto_paz_acuerdo_menores_15_all

Botero, Laura. (2009). *Niños trabajadores le duelen a la sociedad.* En: El Colombiano. Junio 12 de 2009, Medellín. , Recuperado de:

http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/N/ninos_trabajadores_le_duelen_a_la_sociedad/ninos_trabajadores_le_duelen_a_la_sociedad.asp

Buil, Carlos et al. (2001). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos.* España: Sociedad Española de Contracepción. Wyeth-Lederle.

Campero, Lourdes., et al. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. En: Gaceta Médica de México, Volumen 149: Numero 3, Mayo-Junio, 2013, p.p. 299-307. México.

Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en Ciencias Sociales 3a ed.* Buenos Aires.

Cherry, A. & Dillon, M. (2014). An International Perspective on Adolescent Pregnancy. En A. &. Cherry, *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses.* Springer. New York.

Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema? En S. D. (Compilador), *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 425-445). Cartago, Costa Rica: Libro Universitario Regional. Cartago, Costa Rica.

Crockett, L. y Petersen, A. (1994). Adolescent development: health, risks and opportunities for health promotion. En S. P. Millstein, *Promoting the health of adolescents: new directions for the 21st century*. Oxford University Press. New York.

Cunningham, S. & Jamieson, L. (2004). *Families and the state: Changing relationships*. Palgrave Macmillan. New York.

Delgado, Margarita. (Coordinadora). (2011). Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Fundación Española de Contracepción. Madrid.

Dides, Claudia., et al. (2008). Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile. Ministerio de Salud de Chile, FLACSO-Chile. Programa Género y Equidad. Santiago, Chile. Ministerio de Salud. Santiago de Chile.

Dillon, M. & Cherry, A. (2014). An International Perspective on Adolescent Pregnancy. En M. &. Dillon, *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses.* Springer. New York.

Domínguez, Juan Carlos. (2014). Embarazo adolescente. Recuperado de: SURA, Blog. 24 de febrero de 2014. http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/embarazo-adolescente.aspx

El País. (2016). Proceso de Paz. En detalle: estos son los seis puntos del acuerdo final de paz con las Farc Recuperado de: El País, agosto 24 de 2016. http://www.elpais.com.co/proceso-de-paz/en-detalle-estos-son-los-seis-puntos-del-acuerdo-final-de-paz-con-las-farc.html

Elliot G. & Feldman, S. (1991). Capturing the adolescent experience . En S. &. Feldman, *At the threshold: the developing adolescent.* Cambridge: Harvard University Press.

El Tiempo. (2 de Septiembre de 2014). Recuperado de: : http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/icbf-direccion-para-prevenir-embarazo-adolescente/14474735

El Tiempo. (2014). Al año nacen cerca de 159.000 bebés de madres adolescentes. El Tiempo, septiembre 22 de 2014. Recuperado de: El Tiempo. http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/icbf-alerto-sobre-embarazo-adolescente-en-colombia/14573315

Farber, N. (2014). The Not-So-Good News about Teenage Pregnancy. *Social Science and Public Policy, Vol 51*, 282-287.

Flórez, Carmen., et al. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documento CEDE, N° 31, p.p. 1-150. Agosto-2004.*Universidad de los Andes. Bogotá, D.C.

Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós.* Barcelona.

Gayet, C. & Solís, P. . (2007). Sexualidad saludable de los adolescentes: la necesidad de políticas basadas en evidencias. *Salud Pública de México, Vol. 49*, E47-E51 México.

Gómez Ochoa, Gloria. (2008). *La explotación sexual, camino a la prostitución*. En: El Colombiano. Agosto 7 de 2008. Medellín. Recuperado de:

http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_explotacion_sexual_camino_a_la_prostitucion/la_explotacion_sexual_camino_a_la_prostitucion.asp

Gómez, Pío. et. al. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe.* Promsex: Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Lima, Perú.

Guzmán, José. (2001). La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe. En Donas, Solum. (2001) *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 391- 424). Libro Universitario Regional. Costa Rica.

Hindin, M. (2009). Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: An overview of trends and interventions . *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Vol. 35(2),* 58-62.

Lete, Iñaki. et al. (2001). Embarazo en la adolescencia. En: Buil, Carlos. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (págs. 817-835). Sociedad Española de Contracepción. Wyeth-Lederle. España.

Leyva, S., & Tabares, J. (2015). Un diagnóstico de los instrumentos de gobierno de una política pública. En: S. Leyva. *Análisis de política pública poblacional. La juventud en Medellín: crisis, cambios e innovación.* (págs. 270-300). Fondo Editorial Universidad EAFIT. Medellín.

Martín, L. y Reyes, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana Salud Pública, Vol 29(2),* 183-187.

Mead, M. (1984). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa.* Ed. Planeta. España.

Monteiro, F., et al. (2013). Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Revista Brasileira de Psiquiatría. Vol. 3 (1),* 51-56.

Moore, K. A., et al. (1998). *Beginning too soon: Adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood: A review of research and interventions.* U.S. Department of Healt. Washington D.C.

Newby, K., Brady, G., Bayley, J., & Sewell, A. (2011). *Exploring the aspirations of young people at risk of teenage pregnancy: findings and recommendations.* SASH, SURGE, Coventry University. London.

Palma, I. (2001). *Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescenten y jóvenes en le contexto de la reforma a la salud en Chile. Semam.* Santiago de Chile.

Palma, I. (2001). *Salud y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes en el contexto de la salud en Chile. Documento OPS/OMS, Proyecto Equidad, Género y Reforma de la salud en Chile.* Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Pantelides, E. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En: *Notas de Población,* Año XXX1, N° 79, p.p. 7-33. Santiago de Chile.

Pantelides, Edith., Geldstein, R. & Infesta, G. (1995). *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Cuadernos del CENEP, Vol. 51.* CENEP. Buenos Aires.

Parra, Noemí. (2012). Cuando el embarazo no planificado se desea. Estudio aproximativo sobre la vivencia de adolescentes embarazadas. En: Documentos de Trabajo Social nº51, p.p. 181-203. España.

Parada, A. J. (20 de Marzo de 2005). Histórico, Periódico de la Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/72/05.htm

Posada, C. (2004). Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. *Sexología y sociedad, Vol. 10, N° 25*, 4-10.

Red de Gestores Sociales. (2005). Boletín de la Red de Gestores Sociales No. 19. Diciembre 04 – Enero 05, Bogotá. Recuperado de: http://207.58.191.15:8180/xmlui/handle/123456789/65

Red por los Derechos de la Infancia en México. (2013). *La agenda de la infancia y la adolescencia: 10 acciones por los niños, niñas y adolescentes en México.* México, D.F.

Ríos, A. (2008). Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. *Salud Uninorte, Vol 24 (2)*, 351-358.

Rodríguez, Jorge. (2005). Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. En: *Revista de la CEPAL, N° 86, Agosto*, 123-146. Santiago de Chile.

Rodríguez, J. y Hopenhayn, M. (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. En: Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. UNICEF y CEPAL..

Simmons, G. (1985). Research on the determinants of fertility. En G. &. Farooq, *Fertility in Developing Countries* (págs. 67-108). Macmillan. Londres.

Singh, Susheela y Wulf, Deirdre. (1990). *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas.* Alan Guttmatcher Institute. Estados Unidos..

Stern, Claudio. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. En: Salud Pública de México, vol. 39, N° 2, marzo-abril, 1997, pp. 137-143. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Stern, Claudio. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. En: Papeles de Población, N° 039, pp. 129-158, enero-marzo. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Subcomisión de Ética Clínica. (2010). Embarazos en niñas y adolescentes. En: *Archivos Argentinos de Pediatría, Vol. 108, N° 6,* p.p. 562-565. Diciembre-2010. Argentina.

Sulaiman, S., Othman, S., Razali, N., & Hassan, J. . (2013). Obstetric and perinatal outcome in teenage pregnancies. En: *South African Journal of Obstetrics & Gynaecology, Vol. 19(3)*, 77-80.

Vélez Restrepo, Liliana. (2010). A Marchar contra la Violencia. En: El Colombiano. Abril 06 de 2010, Medellín. Recuperado de:

http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/A/a_marchar_contra_la_violencia_infantil/a_marchar_contra_la_violencia_infantil.asp

FUENTES JURISPRUDENCIALES

Corte Constitucional. (1998). Sentencia T-412-99. Recuperado de: Corte Constitucional-República de Colombia. http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-412-99.htm

Corte Constitucional. (1998). Sentencia T-656-98. Sala Tercera de Revisión. Sentencia del 11 de noviembre de 1998. Recuperado de: Corte Constitucional-República de Colombia. http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-656-98.htm

Corte Constitucional. (2004). Sentencia C-507-04. Recuperado de: Corte Constitucional-República de Colombia. http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/C-507-04.htm

Corte Constitucional. (2008). Auto Número 258-09. Recuperado de: Corte Constitucional-República de Colombia. http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/A251-08.htm

FUENTES NORMATIVAS

Alcaldía de Medellín. (2010). Proyecto Sol y Luna: Una respuesta innovadora de la ciudad de Medellín. En: Revista Salud Pública de Medellín, Vol. 5, Suplemento 1, p.p. 41-69. Medellín.

Alcaldía de Medellín. (2012). *Proyecto de Acuerdo Plan de Desarrollo "Medellín un Hogar para la Vida" 2012-2015.* Alcaldía de Medellín. Medellín.

Concejo de Medellín. (2011). Acuerdo Municipal 23 de 2011. Medellín.

Concejo de Medellín. (2004). Acuerdo municipal N° 14 de 2004. Noviembre 22 de 2004. Medellín. Recuperado de:

http://www.concejodemedellin.gov.co/concejo/concejo/index.php?sub_cat=2517#.WIf1PFXhDIU

Concejo de Medellín. (2011). Acuerdo 23 de 2011. Recuperado de: Concejo de Medellín. http://www.concejodemedellin.gov.co/concejo/m21_gallery/15520.pdf

Concejo de Medellín. (2015). Participando en la construcción de la política pública de infancia y adolescencia. Observatorio de Política Públicas del Concejo de Medellín-OPPCM. Agosto 18 de 2015. Medellín. Recuperado de:

http://oppcm.concejodemedellin.gov.co:8090/oppcm_site/index.php?option=com_k2&view=item&id=40:participando-en-la-construccion-de-la-politica-publica-de-infancia-y-adolescencia

Consejo Nacional de Infancia (2015). Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2015: Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Santiago de Chile. Recuperado de: Consejo Nacional de Infancia http://www.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/03/POLITICA-2015-2025_versionweb.pdf

Consejo Nacional de Infancia. (2015). Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2015: Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Recuperado de: Consejo Nacional de Infancia. http://www.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/03/POLITICA-2015-2025_versionweb.pdf

Consejo Nacional de Política Económica. (2012). Documento Conpes Social 147: Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en

la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Recuperado de: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-3496.html

Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1295. Atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN. Abril 6 de 2009. Bogotá, D.C. Recuperado de: Ministerio de Educación. http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177829_archivo_pdf_ley1295.pdf.

Congreso de la Nación Argentina. (2005). Ley 26.061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Buenos Aires. Recuperado de: UNICEF-Argentina https://www.unicef.org/argentina/spanish/protection.html

Congreso de la República. (2007). Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C. Recuperado de:

http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600

Congreso de la República. (2008). Ley 1257 de 2008: Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C. Recuperado de:

http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054

Congreso de la República. (2013). Ley 1620 de 2013: Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la

Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Bogotá, D.C. Recuperado de:

http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201620%20DEL%2015%20DE%20MARZO%20DE%202013.pdf

Congreso de la República. (2015). Ley 1753 de 2015: Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Recuperado de: Secretaría General del Senado. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html

Congreso de la República. (2016). Ley 1804 de 2016: Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo integral de la primera infancia "De cero a siempre". Bogotá, D.C.

Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2000). Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. México, D.F. Recuperado de: Senado de la República. http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Ley_PDNNA.pdf

Congreso de la República. (2006). Ley 1098 de 2006. *Código de la Infancia y la Adolescencia.* Bogotá, D.C.

Conpes. (2005). *Conpes Social 91:Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015.* Bogotá, D.C.

Conpes. (2011). *Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 201".* Bogotá D.C.

Gobierno de Chile. (2000). Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010. Recuperado de: Organización de Estados Iberoamericanos http://www.oei.es/historico/quipu/chile/politica_infancia.pdf

Ministerio de Justicia. (2007). Ley 20.191: Modifica la Ley 20.084, que establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por infracción a la ley penal. Santiago de Chile. Recuperado de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://www.leychile.cl/N?i=261383&f=2007-06-16&p=

Ministerio de Planificación. (2009). Ley 20.379: Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo". Santiago de Chile. Recuperado de: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile https://www.leychile.cl/N?i=1006044&f=2009-09-12&p=

Ministerio de Protección Social. (2007). Documento Conpes Social 109: Política pública nacional de primera infancia. Diciembre 03 de 2007, Bogotá. Recuperado de: Ministerio de Educación. http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf.

Ministerio de Protección Social. (2008) Documento Conpes Social 113: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Marzo 31 de 2008, Bogotá. Recuperado de: http://www.orasconhu.org/sites/default/files/files/Conpes%20113%202008%20PSAN.pdf

Ministerio de Salud. (2013). Resolución 1841 de 2013: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Mayo 28 de 2013. Bogotá, D.C. Recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf

Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (2007). Ley 20.189: Modifica el Código del Trabajo, en lo relativo a la admisión al empleo de los menores de edad y al cumplimiento de la obligación escolar. Santiago de Chile. Recuperado de: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://www.leychile.cl/N?i=261579&f=2007-06-12&p=

Presidencia de la República. (2010). Plan Nacional de Desarrollo "Prosperidad para Todos". 2010- 2014. Recuperado de: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Resumen%20Ejecutivo%20Ultima%20Version.pdf

Presidencia de la República. (2014). Decreto 1649 de 2014: Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Bogotá, D.C. Recuperado de:

http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2014/Documents/SEPTIEMBRE/02/DECRETO%201649%20DEL%2002%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202014.pdf

Presidencia de la República de Colombia. (2016). Acuerdo de Paz. Recuperado de: http://www.acuerdodepaz.gov.co/