

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

CON ÉNFASIS EN PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

2015-2025



GOBIERNO DE COLOMBIA



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ · EQUIDAD · EDUCACIÓN



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
CON ÉNFASIS EN PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
----- 2015-2025 -----



COMISIÓN NACIONAL INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

CONSEJERÍA PRESIDENCIAL DE EQUIDAD PARA LA MUJER

COLOMBIA JOVEN

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

DEPARTAMENTO DE LA PROSPERIDAD SOCIAL

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

MINISTERIO DE CULTURA

MINISTERIO DE DEFENSA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (MINTIC)

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

POLICÍA NACIONAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ISBN _____

Mayo de 2017

Esta publicación fue realizada por el Ministerio de Salud y
Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Corrección de estilo

Verónica Bermúdez

Diseño y Diagramación

Bibiana Moreno

Documentación Gráfica

María José Arango

Laura Peralta

Las ilustraciones de la portada y páginas interiores hacen parte de la relatoría gráfica realizada durante el IV Foro Nacional de Prevención de la Semana Andina - 2016, memoria visual de las reflexiones e intervenciones de expertos, expertas y jóvenes en torno a la situación, avances y desafíos para la prevención del embarazo en la adolescencia.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN

PARTE I. BASES DE LA ESTRATEGIA

1. BASES PARA LA FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA

1.1. ANTECEDENTES

1.2. SUJETOS DE LA ESTRATEGIA

2. MARCO POLÍTICO Y REFERENTES CONCEPTUALES

2.1. DESARROLLO POLÍTICO Y NORMATIVO

2.2. ENFOQUES Y FUNDAMENTACIÓN ÉTICA Y CONCEPTUAL

2.3. REFERENTES CONCEPTUALES: RETO PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

2.3.1. CONCEPCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

2.3.2. SEXUALIDAD

3. CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN COLOMBIA

PARTE II. ESTRUCTURA Y FUNDAMENTOS DE LA ESTRATEGIA

1. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA Y PROPUESTA DE PARADIGMA PARA LA ACCIÓN

1.1. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA

1.2. TRANSFORMACIONES Y CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN

1.2.1. TRANSICIÓN DE LA MIRADA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD, A LA OPCIÓN DE SU PREVENCIÓN COMO PARTE DEL DESARROLLO INTEGRAL

1.2.2. TRANSICIÓN EN LA COMPRENSIÓN Y LA VALORACIÓN DE LOS CONTEXTOS COMO FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PRESENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

1.2.3. TRANSICIÓN EN LA MANERA DE HACER POLÍTICA

1.2.4. TRANSICIÓN EN LA MANERA DE HACER GESTIÓN

2. REALIZACIONES, ENTORNOS Y COMPONENTES: ELEMENTOS CENTRALES DE LA ESTRATEGIA

2.1. LAS REALIZACIONES, LOGROS EN DERECHOS PARA LA ESTRATEGIA

2.2. LOS ENTORNOS SIGNIFICATIVOS PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

2.3. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA: SEIS COMPONENTES INTERSECTORIALES

2.3.1. COMPONENTE 1: SEXUALIDAD E IDENTIDAD. CUERPO Y SEXUALIDAD

2.3.2. COMPONENTE 2: EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD A MI MEDIDA. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

- 2.3.3. COMPONENTE 3. PROMOCIÓN DE LA CULTURA, LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE
- 2.3.4. COMPONENTE 4. MI SEXUALIDAD, MI DECISIÓN. PARTICIPACIÓN Y CIUDADANÍA
- 2.3.5. COMPONENTE 5. DISFRUTO MI SEXUALIDAD CON DERECHOS. SALUD Y BIENESTAR
- 2.3.6. COMPONENTE 6. MI VIDA CON PROYECTOS. OPORTUNIDADES E INICIATIVAS

3. LÍNEAS DE ACCIÓN TRANSVERSALES

- 3.1. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN PARA EL DESARROLLO Y EL CAMBIO SOCIAL
- 3.2. GESTIÓN E INCIDENCIA POLÍTICA
- 3.3. PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
- 3.4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

4. RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN.

UNA CONSTRUCCIÓN INTERSECTORIAL PARA ORDENAR Y OPTIMIZAR LA ACCIÓN ESTATAL

5. MARCO OPERATIVO Y ORIENTACIONES GENERALES PARA LA ACCIÓN

- 5.1. ESTRUCTURA OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA
- 5.2. COMPONENTES Y LÍNEAS DE ACCIÓN ARTICULADAS
- 5.3. APROXIMACIÓN AL PROCESO OPERATIVO DE LA ESTRATEGIA

6. FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LA ESTRATEGIA

7. PLAN DE ACCIÓN DE LA ESTRATEGIA

8. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

9. RESULTADOS ESPERADOS

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

La *Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, 2015-2025* constituye el esfuerzo nacional de carácter interinstitucional —en continuidad de los logros del CONPES 147 de 2012— que se orienta a promover desde una perspectiva de derechos humanos y abordaje integral a las niñas, niños y adolescentes, en tanto sujetos protagonistas de su vida.

El embarazo en la adolescencia continúa siendo, tanto en Colombia como en el mundo, la “punta del iceberg” de una situación que exige ser atendida desde una perspectiva de prevención e integralidad y a partir del develamiento de sus causas profundas, las cuales se enraízan en condiciones de la dinámica estructural socio-económica y política que marcan las relaciones familiares y sociales, los patrones culturales y el desarrollo de capacidades en torno a la construcción de proyectos de vida, que requieren orientación de sentido y formación en el proceso de toma de decisiones desde los primeros momentos del curso de vida y desde el seno familiar.

Por tanto, un compromiso del país es promover procesos de atención integral que consideren de manera privilegiada a las niñas, niños y adolescentes, sus familias y comunidades, inmersas en territorios con condiciones y características particulares que exigen la acción estatal en su conjunto, trascendiendo la atención del problema, hacia la consolidación de la promoción del desarrollo integral y el logro de las realizaciones que materializan el goce de los derechos. Esto implica tomar todas las medidas viables de política y gestión para consolidar acciones de articulación y coordinación permanente en todos los niveles territoriales.

Desde esta perspectiva, el presente documento comprende los acuerdos nacionales que traducen la voluntad política desde unos puntos de intersección de la acción estatal orientada a la promoción y fortalecimiento en todos los planos y realizaciones humanas relacionadas con el reconocimiento, la construcción de identidad y el desarrollo y cuidado de nuestras niñas, niños y adolescentes, con el fin de aportar a su desarrollo integral y contrarrestar la incidencia de fenómenos que, como el embarazo en la adolescencia, constituyen problemáticas sociales complejas. Por tanto, la Estrategia se plantea en términos de realizaciones, componentes y líneas de acción orientadas de acuerdo con las particularidades de los momentos del curso de vida en el marco de las lecciones aprendidas en el trabajo de las últimas décadas.

.....

**[...] La estrategia...
se orienta a
promover desde
una perspectiva de
derechos humanos
y abordaje integral
a las niñas, niños
y adolescentes,
en tanto sujetos
protagonistas de
su vida.**

.....

.....

[...] El embarazo en la adolescencia no solo es un fenómeno de alta complejidad social y de salud pública, sino que constituye un indicador de desarrollo, debido a las implicaciones que tiene en el curso de vida de las personas

PRESENTACIÓN

La *Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, 2015-2025* es una propuesta nacional que se formula desde el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, en cumplimiento de la obligación del Estado como garante de los derechos y promotor del desarrollo integral. La propuesta generada con el fin de dar cumplimiento a este compromiso nacional se presenta en dos partes: la primera de ellas plantea las bases de la Estrategia en tanto que contempla sus antecedentes, el marco ético, político y conceptual que la constituyen y la situación del país con referencia al embarazo en la adolescencia, mientras que la segunda comprende la estructura de la Estrategia en su fundamentación técnica y su propósito orientado hacia la promoción del desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes mediante la identificación de siete realizaciones que traducen la intención de logros en derechos y desarrollo, así como de la propuesta de seis componentes de carácter intersectorial —i) cuerpo y sexualidad; ii) educación y formación; iii) cultura, arte y recreación; iv) participación y ciudadanía; v) salud y bienestar; y vi) oportunidades e iniciativas— y de cuatro líneas de acción —i) comunicación y movilización para el desarrollo y el cambio social; ii) gestión e incidencia política; iii) participación efectiva de niñas, niños y adolescentes; y iv) gestión del conocimiento—. Por último, el documento incluye un apartado sobre la gestión de la Estrategia.

La propuesta se enmarca en el enfoque de derechos humanos —incluidos los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSR)—, por lo que recurre a los avances y lecciones aprendidas en las últimas décadas sobre su aplicación y reconocimiento en políticas, planes y programas nacionales e internacionales. También da continuidad a la experiencia de desarrollo del documento CONPES 147 de 2012/2014 —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—, concebido desde una perspectiva de gestión integral y que tiene incidencia en el territorio nacional. Del mismo modo, acoge los avances de la política pública de infancia y adolescencia, en armonía con el mandato del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por un nuevo país (Art. 84).

Para su estructuración y definición, se realizó un trabajo intersectorial en mesas técnicas¹ y una consulta participativa de aproximadamente 200 niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre los 6 y los 24 años, entre los cuales se incluyeron adolescentes gestantes y lactantes pertenecientes a las ciudades de Bogotá, Santa Marta, Neiva, Cali y Riohacha —con representatividad de la etnia Wayuu—.

El embarazo en la adolescencia no solo es un fenómeno de alta complejidad social y de salud pública, sino que constituye un indicador de desarrollo, debido a las implicaciones que tiene en el curso de vida de las personas —en especial de las mujeres, sus familias y sus comunidades—. Así mismo, constituye un determinante de la reproducción de lógicas de pobreza y de limitaciones en el desarrollo de capacidades, inequidades de género y exclusión. Por ello, su abordaje requiere una profundización permanente en la comprensión de la situación —desde una visión holística y de derechos—, con el fin de promover la acción del Estado en términos de respuestas pertinentes y oportunas cuya construcción involucre a los protagonistas —las niñas, niños y adolescentes, sus familias y sus comunidades—.

¹ Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los DSR (Decreto 2968/2010) y mesas de trabajo técnico ampliadas, conformadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Educación, Ministerio de TIC, SENA, Ministerio de Cultura, Ministerio de Defensa, Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Colombia Joven, Departamento Nacional de Planeación, Prosperidad Social y organismos de cooperación internacional —UNFPA, OIM, UNICEF y OPS—.

.....
*[...] la situación
del embarazo en
la adolescencia
como un fenómeno
político y social que
exige un abordaje
intersectorial, por
lo que se promueven
apuestas políticas
concentradas en la
prevención...*
.....

PARTE I. BASES DE LA ESTRATEGIA

1. BASES PARA LA FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA

1.1. ANTECEDENTES

Los antecedentes de la Estrategia se plantean desde el reconocimiento, trayectoria y desarrollo de la promoción y garantía de los DSR, la concreción de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003-2006) y los desarrollos técnicos y programáticos del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía —PESCC— y del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes —SSAAJ— (2007), así como de la participación de Colombia a nivel latinoamericano en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia —PLANEA²—.

A través de esta trayectoria, se identifica la situación del embarazo en la adolescencia como un fenómeno político y social que exige un abordaje intersectorial, por lo que se promueven apuestas políticas concentradas en la prevención, que derivaron en la formulación e implementación del documento CONPES 147 de 2012. En la evaluación de este proceso —2014— surgió la generación de recomendaciones por líneas de acción —dispuestas en torno a: i) fortalecimiento intersectorial; ii) desarrollo humano y proyecto de vida; iii) servicios en salud sexual y reproductiva; y iv) monitoreo y gestión del conocimiento— y se reiteró la necesidad y pertinencia de la continuidad del proceso, así como del compromiso y la responsabilidad nacional, compartida sectorial e intersectorialmente. Igualmente, se reconoció el papel de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Decreto 2968 de 2010) como unidad estratégica que orienta permanentemente la construcción política y técnica, y como escenario de concertación nacional que promueve

.....
² Plan Andino, que se realiza con iniciativa y cooperación internacional de AECID, UNFPA y el Organismo Andino de Salud.

el diálogo con los Consejos de Política Social —CPS—, los comités de infancia y adolescencia y/o las mesas temáticas territoriales, con una visión integral de los territorios.

1.2. SUJETOS DE LA ESTRATEGIA

Los niños, niñas y adolescentes son los sujetos de la Estrategia, aunque también se encuentran incluidos grupos de jóvenes gestantes, mujeres y hombres, y padres y madres, debido al énfasis en la prevención del embarazo subsiguiente. Se propone la realización de la atención integral a partir de características etarias de tres grupos de niños, niñas y adolescentes. Un primer grupo corresponde a niños de 6 a 9 años, en tanto que se considera fundamental el fortalecimiento de procesos educativos y de promoción, así como la realización de una prevención temprana y del trabajo con padres, madres y cuidadores. El segundo grupo corresponde a niños y niñas de 10 a 14 años, con los cuales la estrategia se orienta hacia la prevención del abuso sexual y la activación de rutas de atención, dado que el evento de embarazo infantil —como un intolerable social— se mantiene con tendencia a aumentar y es consecuencia, en su mayoría, de violencia sexual y relaciones asimétricas de poder³. Por último, en el grupo de 15 a 19 años se hace énfasis en la prevención del primer embarazo, así como en el fomento de posibilidades de concreción de proyectos de vida y la prevención del embarazo subsiguiente no planeado para quienes ya son madres y padres, en el marco de la garantía de los DSR; este énfasis pretende atender las determinantes sociales que intervienen en la mayor frecuencia de embarazo en edades tempranas.



2. MARCO POLÍTICO Y REFERENTES CONCEPTUALES

2.1. DESARROLLO POLÍTICO Y NORMATIVO

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo —CIPD— (1994) constituye un hito en materia de DSR en tanto que, en virtud de los acuerdos y compromisos contraídos por el país en este foro mundial, se promulgó la Política de Salud Sexual y Reproductiva (2003-2006), que

³ Comprende relaciones con diferencia de roles de poder y alta diferencia de edad entre hombre y mujer —por ejemplo, hombre de 26 años y mujer de 13 años—, que son penalizadas por la ley.

fue redefinida en 2014⁴ como Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos —PNSDSDR—. Esta Política asume los compromisos adquiridos por el gobierno colombiano en las conferencias mundiales y se concentra en la promoción y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la responsabilidad y la libertad en su ejercicio, y el respeto a la integridad y la no discriminación, entre otros, en el marco de principios de equidad y de justicia. A su vez estos compromisos se plasmaron en los Objetivos de Desarrollo del Milenio —ODM⁵— y se actualizaron como Objetivos de Desarrollo Sostenible —ODS⁶—. Por otra parte, los compromisos asumidos a nivel latinoamericano fueron reiterados en el Consenso de Montevideo (2013)⁷, que también fue suscrito por Colombia.

La Constitución Política de Colombia (1991) reconoce los derechos de niñas, niños y adolescentes y, en consecuencia, plantea los imperativos de la acción estatal en torno al interés superior del niño y su protección integral⁸— como se hace explícito en sus artículos 9, 16, 53, 93, 94, 102 y 214—, incluidos en el bloque de constitucionalidad⁹ y en los pactos internacionales orientados hacia la garantía de los derechos de la niñez¹⁰. Estos comprenden el carácter vinculante a la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989, art. 3-1, 2), el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (art. 24, numeral 1), la Convención Americana de Derechos Humanos (art. 19) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos,

⁴ Actualización de la Política de Salud Sexual y Reproductiva (2002-2006), liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social en un marco de acción intersectorial que incluyó cooperación internacional y participación de la sociedad civil, y que fue realizado en el año 2013.

⁵ Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en Nueva York (ONU, 2000), en la que se produce un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza, del cual resultan los Objetivos de Desarrollo del Milenio, conformados por 8 objetivos, 18 metas y 40 indicadores de obligatorio cumplimiento para el año 2015. Los ODM son: i) reducir la pobreza; ii) lograr la educación primaria universal; iii) promover la equidad de género; iv) reducir la mortalidad infantil; v) mejorar la salud materna; vi) combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades; vii) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y viii) fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

⁶ Cumbre de las Naciones Unidas de Río de Janeiro (ONU, 2012), en la que se recogen logros de ODM focalizados en países en vía de desarrollo. Se configuran 17 objetivos en el marco de una agenda holística que incluye una visión integral del desarrollo ambiental y social.

⁷ Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), en la que se pactan acuerdos sobre asuntos de población y desarrollo después de 2014, y se plantean retos sobre ocho temas prioritarios para la región: i) derechos, necesidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; ii) envejecimiento y protección social; iii) acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; iv) igualdad de género; v) migración internacional y protección de los derechos de todas las personas migrantes; vi) desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad ambiental; vii) pueblos indígenas, interculturalidad y derechos; y viii) derechos y combate contra el racismo y la discriminación racial.

Sociales y Culturales (art. 10), entre otros. A su vez, la legislación nacional incluye el Código de Infancia y Adolescencia —Ley 1098 de 2006—, que promueve la protección integral de la infancia y la adolescencia y explicita la obligación estatal de “prevenir y atender la violencia sexual (...) y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos” (art. 41, numeral 27), así como el Estatuto de Ciudadanía Juvenil¹¹ —Ley 1622 de 2013—, que confirma el compromiso estatal con la adolescencia y la juventud en términos del fortalecimiento de las capacidades y condiciones de igualdad de acceso, participación e incidencia en la vida democrática del país.

La Política de Atención Integral en Salud —PAIS—, como desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud —Ley 1751 de 2015, art. 6, inciso f—, define como elemento esencial y como especial protección constitucional —entre otros— la “prevalencia de derechos”¹² (art. 11). Igualmente, la Ley 1122 de 2007 promueve la implementación de SSAAJ, y el Decreto 2968 de 2010 crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos¹³ como instancia formal para promover la acción estatal en DSR. En esta misma línea se encuentran las disposiciones normativas con fuerza de ley, promulgadas en el Plan Decenal de Salud Pública —PDSP— 2012-2021 y la PNSDSR, que orientan esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como hacia la ampliación de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁸ La Sentencia T-572 de 2010 refiere: “la protección integral, así como el interés superior, son consecuencias jurídicas de su calidad como sujetos de especial protección constitucional”. Tal reconocimiento “(...) significa que la satisfacción de sus derechos e intereses, debe constituir el objetivo primario de toda actuación (oficial o privada) que les concierna”.

⁹ Como refieren las Sentencias C-225 de 1995 —reiterada en la C-578 de 1995 MP—, C-358 de 1997 y C-191 de 1998, “El bloque de constitucionalidad se refiere a aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución”.

¹⁰ Se alude a niñez como la categoría que se promueve desde la Convención Internacional de los Derechos del Niño para definir a toda persona entre los 0 y 18 años, que se traduce en el Código de Infancia y Adolescencia en las categorías de primera infancia (0 a 6 años), infancia (6 a 12 años) y adolescencia (12 a 18 años), con puntos de encuentro en la Ley Estatutaria de Juventud —Ley 1623 de 2013—, en la que se asigna la categoría de joven para incluir a la adolescencia —es decir, desde los 14 hasta los 28 años—.

¹¹ Si bien el Estatuto refiere la categoría joven desde los 14 hasta los 28 años cumplidos, el Código de Infancia y Adolescencia contempla las categorías adolescencia y juventud.

¹² “El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal, hasta seis (6) años, de los siete (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años”.

Por otra parte, la Ley General de Educación —Ley 115 de 1994— promueve la educación sexual de acuerdo con las condiciones de edad, características y necesidades de los estudiantes, a partir de la construcción de proyectos pedagógicos adecuados y formulados participativamente. A partir de ella se generan estrategias políticas desde las que, en 2007, se formuló el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía —PESCC—. La Ley 1620 de 2013¹⁴ creó el Sistema Nacional de Convivencia Escolar que, en relación con el compromiso en la prevención del embarazo en la adolescencia, contempla la promoción y fortalecimiento de la formación ciudadana y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes.



De esta normatividad, se deriva el documento CONPES 147 de 2012, que se orienta hacia la promoción del desarrollo de una estrategia nacional de prevención del embarazo en la adolescencia, que incluye una intervención piloto en 192 municipios del país. Esta experiencia constituye el punto de partida para la actual formulación de la Estrategia.

El actual plan nacional de desarrollo 2014-2018 —Ley 1753 de 2015— establece en su artículo 84 —denominado *Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia*— el mandato por la prevención del embarazo en la adolescencia como una prioridad fundamental en materia de niñez y adolescencia, a la vez que responsabiliza al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar —ICBF— y al Ministerio de Salud y Protección Social de la coordinación, orientación y asistencia técnica de dicha Estrategia, en el marco de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

2.2. ENFOQUES Y FUNDAMENTACIÓN ÉTICA Y CONCEPTUAL

La Estrategia se enmarca en diferentes enfoques:

1. El **enfoque de derechos**, por lo que promueve los derechos humanos, sexuales y reproductivos, orientados hacia la garantía de las libertades y la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la conciencia y la toma de decisiones de cada persona sobre su vida, su cuerpo, sus opciones reproductivas y el número de hijos que desea tener—en caso de optar por ello—.

¹³ Su objetivo es armonizar las políticas orientadas hacia la formulación e implementación de planes programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los DSR.

¹⁴ Artículo 4. Objetivos del Sistema. Numeral 8. Contribuir a la prevención del embarazo en la adolescencia y a la reducción de enfermedades de transmisión sexual.

2. El **enfoque diferencial**, en tanto orientador del reconocimiento de la diferencia y la diversidad en la perspectiva social y cultural, posibilita la consideración de las particularidades de los sujetos y los colectivos, por lo que permite a la Estrategia promover la reflexión e identificación de situaciones particulares y colectivas de niñas, niños y adolescentes, sus familias y comunidades.
3. El **enfoque de género** comprende una categoría de análisis y reflexión desde las diferencias en las relaciones entre hombres y mujeres que se convierten en desventajas, como parte del desarrollo del derecho a la igualdad en lo individual y lo social; la cual se asume como una posibilidad de análisis político, conceptual y metodológico para visibilizar inequidades, desigualdades, discriminaciones y violencias en razón del género y, por ende, identificar y proyectar acciones de transformación que reconozcan la afectación de identidades masculinas y femeninas en razón de los derechos a la dignidad, la igualdad y la libertad.
4. El **enfoque de curso de vida** se constituye por el análisis y reflexión permanentes de la trayectoria, la transformación y desarrollo de la vida, de forma que se reconoce la incidencia de factores históricos, sociales, culturales y psicobiológicos. En este se asumen conceptos como: i) la trayectoria, comprendida como el proceso que se vive a lo largo de la vida; ii) la transición, que comprende los eventos específicos de ciertos momentos de la vida, no necesariamente previsibles o predeterminados; y iii) el “turning point”, entendido como “momentos especialmente significativos de cambio” (p. 163), o como aquellos acontecimientos o eventos —pueden ser positivos o negativos— que provocan fuertes modificaciones e implican cambios drásticos en el curso de vida. Este enfoque aporta a la Estrategia elementos de análisis que consideran tanto la perspectiva psicobiológica de edad de niñas, niños y adolescentes como la lectura integral de su situación, la historia y trayectoria de vida, y las condiciones socio culturales que los contextualizan.
5. El **modelo de determinantes sociales** permite la comprensión y abordaje de la situación a través del señalamiento de condiciones estructurales que inciden en el desarrollo humano y el estado de salud, que se traducen en la identificación de la *causa de las causas* y que corresponden a factores que determinan la ocurrencia de eventos de salud; esto quiere decir que aluden a “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (OMS, 2005). Los determinantes sociales permiten identificar campos de acción en tanto permiten un análisis e identificación de las causas y de los

factores estructurales y de coyuntura que inciden en la aparición o sostenimiento de las situaciones poblacionales específicas.

6. El **enfoque de capacidades** es orientador de la Estrategia pues, según proponen Nusbaum (1985), Nussbaum y Sen (1993) y Sen (1995, 1999), funciona como una oportunidad para la acción en tanto que entiende las capacidades humanas en términos de la disposición para el ejercicio de libertades y la realización de los derechos. Este enfoque está inmerso en la perspectiva del desarrollo humano según la cual el desarrollo, aunque condicionado por la economía y el mercado, no está determinado por ellos sino por la capacidad de las personas en el ejercicio de sus libertades. El reconocimiento del ideal de la libertad posibilita a las personas elegir opciones de vida —realización humana— para la realización de los derechos. Desde este enfoque, prima la concepción de la persona como sujeto con capacidad de agenciamiento de su propia vida que, si bien puede buscar su propio bienestar y realización, también es capaz de procurar el bienestar de otros.

2.3. REFERENTES CONCEPTUALES: RETO PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

2.3.1. Concepción de infancia y adolescencia

La concepción de infancia y adolescencia se asume como construcción social e histórica que se ha transformado de acuerdo con la época y la cultura vigentes (Alzate, 2003). Para efectos de la Estrategia, se entiende que las personas son sujetos derechos, plurales y diversos, desde la infancia y la adolescencia, por lo que el análisis de situación y la generación de propuestas para niñas, niños y adolescentes exigen reconocer las variables sociales, culturales y de género que los definen. Según Colángelo (2013), la confluencia de estas variables busca ampliar y trascender la exclusiva mirada psicobiológica por edades, de forma que se promueva el esfuerzo por visibilizar las particularidades y diferencias de los sujetos con el fin de evitar la homogeneización de la lectura de su situación y sus experiencias. En este sentido, cabe anotar que “los adolescentes desafían las teorías con las que intentamos sistematizar sus particularidades para comprenderlos. Cada adolescente —como todo ser humano, por cierto— es distinto, tiene su historia particular” (Weissmann, 2005), razón por la que cada uno es único y diferente. De este modo, desde la sociología se puede aludir a la adolescencia como

(...) un período en la vida de las personas que se define en relación con el lugar que uno ocupa en la serie de las generaciones: hay una cierta experiencia compartida por haber venido al mundo en un momento histórico determinado y no en otro —es esta diferencia la que permite hablar de los adolescentes de los sesenta, o de los noventa— (Weissmann, 2005).

Resulta importante considerar esta concepción desde una lectura de contexto, social, histórica y cultural. Con ello se puede definir la adolescencia como un momento vital caracterizado por importantes y rápidas transformaciones a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales, que repercuten de forma relevante en el devenir presente y futuro de los individuos, y que representan una oportunidad única para desarrollar tanto capacidades —de agencia, autonomía, ciudadanía, alteridad, elección y acción propia— como condiciones que facilitarán la expansión de libertades a lo largo de la vida y que darán al individuo la posibilidad de escoger el estilo de vida que desea llevar.

2.3.2. Sexualidad

La sexualidad es entendida como un conjunto de fenómenos psicosociales, emocionales y comportamentales que implican el sexo —en tanto condición que define características genéticas, físicas y biológicas básicas— pero que no se reducen a él, pues también implica el reconocimiento del sentir, pensar y vivir como ser sexuado, matizado por la historia y el aprendizaje personal, familiar y social, que inciden en el desarrollo del ser humano a lo largo de su vida. Tales fenómenos se construyen social e históricamente, de acuerdo con el lugar y la situación social, histórica y cultural. Para la Estrategia es esencial el marco de los DSR puesto que la concepción de sujetos situados y en contexto implica el reconocimiento de la incidencia de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales, económicas, políticas, culturales, éticas, legales, históricas, religiosas y espirituales que matizan la significación y la expresión de la sexualidad, relacionada con la concepción de desarrollo humano y el reconocimiento o valoración social.

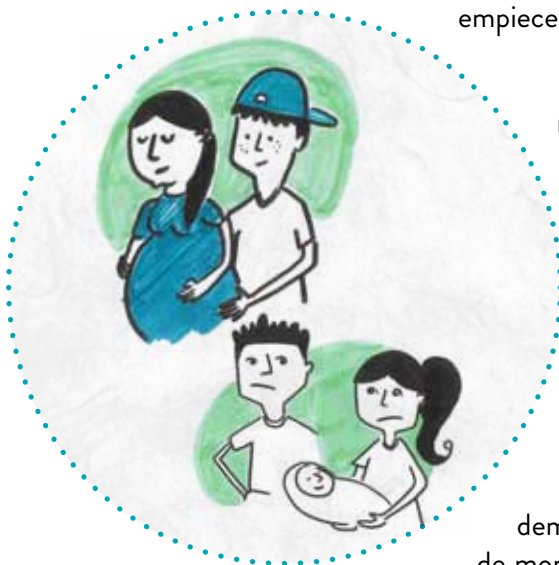
.....

[...] la adolescencia como un momento vital caracterizado por importantes y rápidas transformaciones a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales, que repercuten de forma relevante en el devenir presente y futuro de los individuos, y que representan una oportunidad única para desarrollar tanto capacidades —de agencia, autonomía, ciudadanía, alteridad, elección y acción propia

.....

3. CONSIDERACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN COLOMBIA

El quinto ODM —2000-2015—, en tanto orientado hacia el incremento en el acceso a la anticoncepción y la reducción de la mortalidad materna permitió, como los otros relacionados con el área de la salud, salvar muchas vidas. Sin embargo, en el año 2015, al finalizar los ODM, el número anual de muertes sigue siendo inaceptablemente alto: 1,3 millones de adolescentes en todo el mundo murieron por causas que podrían ser evitables. Adicionalmente, muchas mujeres de 15 a 19 años están actualmente embarazadas o ya han dado a luz, especialmente en áreas rurales en las que se les presiona para que empiecen a tener hijos muy pronto en sus vidas.



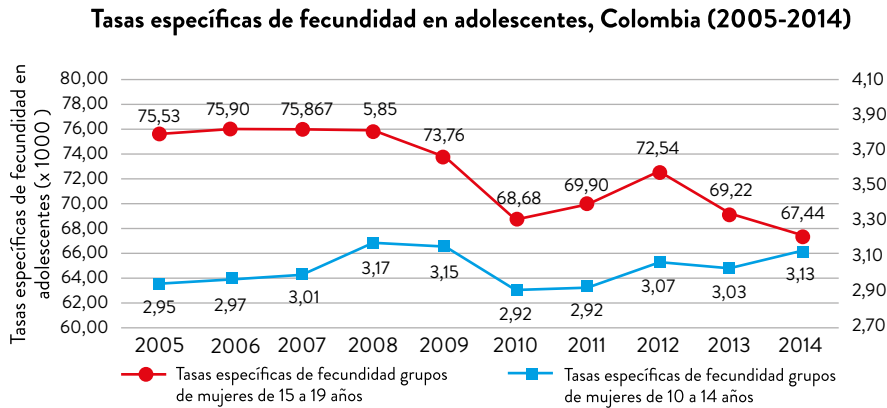
En el marco de los ODS, la estrategia global de salud en niñas, niños y adolescentes y mujeres 2016-2030 pone en contexto múltiples determinantes que explican los eventos anteriormente mencionados desde un enfoque integrado multisectorial, que se orienta hacia la inversión en políticas y programas que posibiliten para estos grupos el desarrollo de su potencial como sujetos de derechos y la disminución del impacto de las deficiencias, ya que los déficit de salud en cada etapa de la vida afectan la salud en las otras etapas y tienen efectos acumulativos para la próxima generación.

Colombia experimenta la segunda fase de transición demográfica, con tasas de natalidad general en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen entre moderadas y bajas. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud —ENDS— (Profamilia, 2010), la tasa de fecundidad global pasó de 2,4 hijos por mujer en 2005 a 2,1 hijos por mujer en el año 2010, y en la última ENDS (Profamilia, 2015) bajó a 2,0 hijos por mujer. Por su parte, la tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 años de edad, que había tenido un descenso más lento, disminuyó de 84 por cada 1.000 mujeres en el año 2010 a 75 por cada 1.000 mujeres en el 2015; estas cifras se corroboran a partir de los cálculos realizados sobre las Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística —DANE—, en las que se observa una disminución de la fecundidad específica de adolescentes de 15 a 19 años de 72,5 por cada 1.000 mujeres en 2012 a 67,44 por cada 1.000 mujeres en 2014 (ver Figura 1). No obstante el importante descenso, aún se observan valores similares al promedio de fecundidad adolescente de América Latina y el Caribe, cuya relación entre fecundidad adolescente y fecundidad global se aleja de la de otras regiones del mundo.

Estos hallazgos sugieren que los cambios socioeconómicos, las transformaciones culturales y los programas públicos que animaron la rápida disminución sostenida de las tasas de fecundidad global en América Latina y en Colombia han tenido efecto sobre la fecundidad adolescente, y que las estrategias que se han realizado al respecto deben continuar (Rodríguez, 2011).

Figura 1.

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA ENTRE 2005 Y 2014



Fuente: Elaboración propia, con base en Estadísticas Vitales (DANE, 2015). Elaborado en SISPRO-Ministerio de Salud. Consultado el 15 de junio de 2016.

En el análisis de las tasas de fecundidad a través del número de nacidos vivos reportado en las Estadísticas Vitales, se puede identificar una reducción considerable en el número de nacimientos totales, pues pasó de 752.834 en el año 2000 a 669.137 en el año 2014, y mantiene una tendencia hacia el descenso. Durante el año 2014 se registraron 6.593 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, 144.031 en adolescentes de 15 a 19 años de edad y 195.475 en mujeres jóvenes de 20 a 24 años (ver Tabla 1).

Tabla 1:

NACIMIENTOS POR EDAD DE LA MADRE EN COLOMBIA ENTRE 2005 Y 2014, DISCRIMINADO POR EDADES SIMPLES

Edad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 09 años				1						
De 10 años	9	13	15	7	7	9	12	9	17	20
De 11 años	20	32	31	28	35	20	22	30	17	23
De 12 años	173	164	170	214	201	186	163	186	151	154
De 13 años	1.114	1.185	1.186	1.252	1.275	1.161	1.107	1.162	1.203	1.185
De 14 años	5.143	5.122	5.197	5.443	5.334	4.939	4.987	5.160	5.041	5.211
De 15 años	13.461	13.798	13.653	14.172	13.868	13.081	13.438	13.872	13.064	12.475
De 16 años	24.498	25.055	25.842	25.521	24.980	23.575	24.568	25.471	23.638	22.276
De 17 años	34.520	35.211	35.673	35.925	35.068	32.704	33.588	35.345	32.929	31.408
De 18 años	39.005	39.668	40.382	40.564	39.518	36.829	37.567	39.102	37.681	36.581
De 19 años	43.085	43.177	43.039	44.296	43.973	41.118	41.034	42.100	41.126	41.291
De 20 años	46.241	45.031	44.310	44.721	44.541	41.723	42.719	43.613	41.500	42.418
De 21 años	43.116	44.134	42.757	42.414	41.546	39.638	40.736	41.367	40.030	40.269
De 22 años	43.275	42.091	42.994	42.032	40.508	37.955	38.922	40.169	39.192	39.605
De 23 años	42.484	41.430	39.853	40.590	38.619	35.527	35.768	37.450	37.306	37.686
De 24 años	40.261	38.766	38.060	37.114	37.457	33.935	33.656	34.596	34.455	35.497

Fuente: Elaboración propia, con base en Estadísticas Vitales (DANE, 2015). Elaborado en SISPRO-Ministerio de Salud. Consultado el 30 de junio de 2016.

El incremento de la fecundidad en adolescentes se ha dado de manera paralela al aumento en los niveles educativos de la población

Las revisiones realizadas sobre fecundidad en la adolescencia permiten ver, de forma absoluta, el lento descenso de la fecundidad en el grupo de 15 a 19 años y el incremento de la fecundidad en el grupo de 10 a 14 años. Sin embargo, al analizar el peso relativo de la fecundidad adolescente en la fecundidad global se evidencia el aporte significativo de la fecundidad adolescente del grupo de 15 a 19 años en la estructura de la fecundidad total (Tabla 2), mientras que los otros grupos han reducido su aporte (por ejemplo 20-24 y 25-29 años).

Tabla 1:

PESOS RELATIVOS DE LAS FECUNDIDADES ESPECIFICAS EN LA FECUNDIDAD TOTAL EN COLOMBIA

	% 10-14	% 15-19	% 20-24	% 25-29	% 30-34	% 35-39	% 40-44	% 45-49	% 50-54
2000	0,63	18,68	28,04	23,59	16,62	9,33	2,76	0,29	0,06
2001	0,64	18,72	28,09	23,27	16,79	9,33	2,85	0,28	0,03
2002	0,66	18,57	28,32	23,17	16,81	9,39	2,79	0,27	0,02
2003	0,67	18,62	28,47	23,04	16,87	9,25	2,79	0,26	0,03
2004	0,70	18,71	28,41	23,08	16,71	9,26	2,84	0,25	0,05
2005	0,73	18,75	28,36	23,23	16,51	9,32	2,79	0,26	0,05
2006	0,75	19,18	28,04	23,47	16,29	9,21	2,74	0,27	0,04
2007	0,77	19,53	27,78	23,62	16,09	9,23	2,67	0,25	0,04
2008	0,82	19,68	27,51	23,69	16,09	9,27	2,64	0,25	0,04
2009	0,84	19,75	27,51	23,51	16,34	9,18	2,61	0,23	0,03
2010	0,84	19,80	27,30	23,30	16,69	9,20	2,60	0,24	0,04
2011	0,83	19,95	27,18	22,91	16,99	9,25	2,64	0,22	0,04
2012	0,87	20,57	27,42	22,37	16,91	9,00	2,61	0,22	0,03
2013	0,89	20,32	27,39	22,31	17,11	9,14	2,59	0,21	0,04

Fuente: Elaboración propia, con base en Estadísticas Vitales (DANE, 2015). Elaborado en SISPRO-Ministerio de Salud.

El incremento de la fecundidad en adolescentes se ha dado de manera paralela al aumento en los niveles educativos de la población, a las mayores tasas de asistencia escolar primaria y secundaria, a la mayor cobertura del sistema de salud, al mayor uso de métodos anticonceptivos, y al mejoramiento en los indicadores sociales de los hogares (Flórez, 2013), lo cual indica la necesidad de considerar otras variables que probablemente no han sido abordadas en las políticas de atención integral para niñas, niños y adolescentes y mujeres.

Los resultados de la ENDS 2015 presentan un panorama alentador, dado que mientras que desde 1990 la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas aumentó de 12,8% a 20,5% en el 2005, luego disminuyó a 19,5% en 2010 y a 17,4% en 2015. Este descenso entre 2010 y 2015 se presentó en todos los niveles de desagregación —edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza—, aunque el descenso fue mayor en las adolescentes de 19 años, en los grupos de adolescentes pertenecientes a los quintiles de riqueza alto y más alto, en un nivel superior de educación, en la zona urbana y en regiones más desarrolladas (Profamilia, 2015). La Región Bogotá presenta la menor prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas (12,2%) y la Orinoquía y la Amazonía la más alta (23,3%). Al hacer el análisis por subregiones se amplían las diferencias y su ordenamiento cambia. Es así como el Valle del Cauca, sin Cali ni el Litoral, es la subregión con menor prevalencia de la maternidad en la

adolescencia (9,5%), mientras que el Litoral Pacífico es la subregión de mayor prevalencia de la maternidad adolescente (27,4%). Por departamentos, el de mayor prevalencia es Vaupés (46,9%) y el que cuenta con menor maternidad en la adolescencia es Santander (11,3%).

Por primera vez en Colombia, la actual ENDS 2015 incluyó hombres. Al realizar una comparación de la fecundidad entre adolescentes mujeres y hombres, se observan diferencias significativas. Una de ellas es que las mujeres inician su rol reproductivo más temprano, pues mientras el 13,6% de las mujeres de 15 a 19 años ha sido madre, solo el 2,1% de los hombres de 15 a 19 años han sido padres. En los hombres no se observan las mismas diferencias en la fecundidad por niveles de desagregación que en las mujeres. Así, el porcentaje de hombres y mujeres adolescentes que han tenido un hijo disminuye a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas, pero el gradiente social es mucho más marcado en mujeres que en hombres, ya que el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años del quintil más bajo de riqueza que son madres (22,7%) es 6,5 veces mayor al porcentaje observado en las mujeres adolescentes del quintil más alto de riqueza (3,5%), mientras que la diferencia por quintil de riqueza en los hombres es solo de 2,5 veces (2,8% vs 1,1%). Un 36,4 por ciento de las mujeres adolescentes con educación primaria ha tenido un hijo o hija, mientras que solo el 4,2 por ciento de los hombres de la misma edad son padres, lo que indica que la prevalencia de la maternidad entre los adolescentes es 8,7 veces la prevalencia de la paternidad. A este indicador se suma que el porcentaje de embarazos no planeados y no deseados en mujeres adolescentes de 15 a 19 años continúa siendo elevado (66,4%) en el 2015 lo que evidencia grandes desventajas para las mujeres



PARTE II. ESTRUCTURA Y FUNDAMENTOS DE LA ESTRATEGIA

1. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA Y PROPUESTA DE PARADIGMA PARA LA ACCIÓN

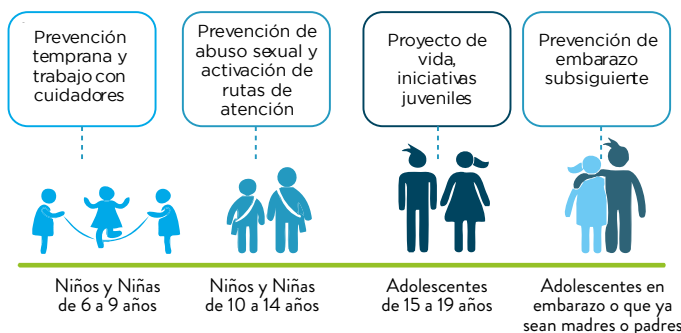
1.1. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA

La Estrategia de Atención Integral para niñas, niños y adolescentes se define como el “conjunto de decisiones políticas y acciones planificadas de carácter nacional y territorial dirigidas hacia la promoción y garantía del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, con énfasis en la prevención de su embarazo y la reducción del embarazo subsiguiente, en el marco de la promoción de los DSR”.

La finalidad de desarrollo integral y ejercicio pleno de derechos para niñas, niños y adolescentes (Figura 2) se traduce en siete realizaciones (Figura 3), que toman en consideración cinco entornos esenciales (Figura 4). En virtud de los anteriores elementos, se proponen seis componentes para la acción estatal —todos en su conjunto estructurantes de la atención integral— y cuatro líneas de acción transversales (Figura 5).

Figura 2:
FINALIDAD DE DESARROLLO INTEGRAL Y EJERCICIO DE DERECHOS PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Orientada a promover el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes mediante:



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3:
REALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA

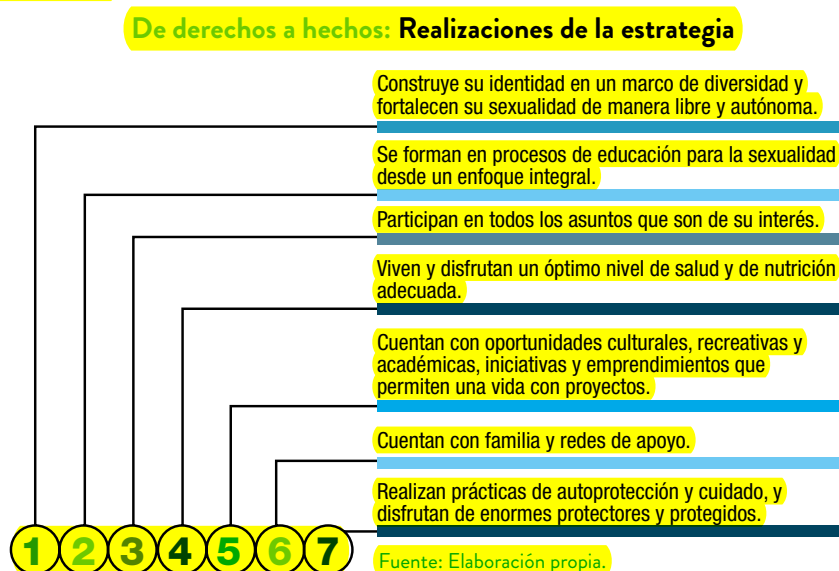
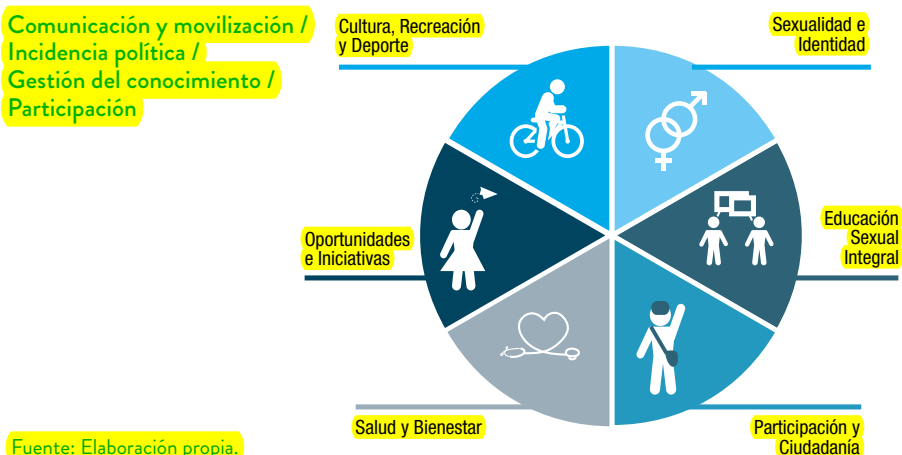


Figura 4:
ENTORNOS SIGNIFICATIVOS PARA DEFINIR ACCIONES



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5:
COMPONENTES INTERSECTORIALES Y LÍNEAS DE ACCIÓN TRANSVERSALES



1.2. TRANSFORMACIONES Y CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN

La Estrategia propone transformaciones que pretenden enfatizar una visión centrada en los sujetos y en los logros de derechos desde la perspectiva de la atención integral, las cuales se plantean en términos de transiciones — en virtud de que los cambios son procesuales y progresivos —, así:

1.2.1. Transición de la mirada del embarazo en la adolescencia como problema de salud, a la opción de su prevención como parte del desarrollo integral

- Pasar de una mirada parcial y fragmentada del desarrollo de niñas, niños y adolescentes a una perspectiva de desarrollo integral
- Superar la enunciación de los derechos y llegar a su materialización

1.2.2. Transición en la comprensión y la valoración de los contextos como factores que intervienen en la presencia del embarazo en la adolescencia

- Dejar de ver a niñas, niños y adolescentes de manera independiente de sus vínculos y comenzar a concebirlas como parte de su familia y su comunidad; es decir, ubicarse en los entornos en que se desarrollan
- Considerar a niñas, niños y adolescentes situados y en contexto, ya que no están aislados de sus relaciones

1.2.3. Transición en la manera de hacer política

- Dirigirse desde una actuación centrada en los eventos, problemas y necesidades hacia una que coloque como asunto central de política pública a niñas, niños y adolescentes
- Superar la generación de un programa de gobierno y dirigirse hacia la de una política de Estado

1.2.4. Transición en la manera de hacer gestión

- Evitar la dispersión de responsabilidades entre las entidades con competencias sobre la infancia, adolescencia y juventud, y lograr el establecimiento de una responsabilidad intersectorial ordenada en función de su desarrollo
- Pasar del discurso a la acción. En el marco de la gestión, la Estrategia propone desarrollar seis componentes estructurantes de las atenciones, a saber:
 - Sexualidad e identidad, que corresponde a la reflexión sobre cuerpo y sexualidad
 - Educación para la sexualidad a mi medida, que se ajusta a la reflexión sobre educación y formación



- Mi sexualidad, mi decisión, que hace referencia a la reflexión sobre participación y ciudadanía
- Cultura, arte, recreación y deporte
- Disfruto mi sexualidad al derecho, que atañe a la reflexión sobre salud y bienestar
- Mi vida con proyectos, que encaja con la reflexión sobre oportunidades e iniciativas

2. REALIZACIONES, ENTORNOS Y COMPONENTES: ELEMENTOS CENTRALES DE LA ESTRATEGIA

La Estrategia ha estructurado como elementos centrales para su desarrollo una apuesta por realizaciones —en términos de logros en derechos—, entornos —considerados escenarios vitales en los que transcurre y se desarrolla la vida de los sujetos— y componentes —como estructurantes de la atención integral de carácter intersectorial.

2.1. LAS REALIZACIONES, LOGROS EN DERECHOS PARA LA ESTRATEGIA

Las realizaciones¹⁵ son comprendidas como logros en el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes y en el ejercicio de sus derechos, así como en el de los DSR, por lo que implican una concentración de los esfuerzos estatales en la promoción de las condiciones de posibilidad para su alcance y goce efectivo, desde las edades más tempranas y a lo largo del curso de la vida.

Las siete realizaciones con que cuenta la estrategia son:

1. Niñas, niños y adolescentes construyen su identidad y su sexualidad de manera libre, autónoma y responsable
2. Niñas, niños y adolescentes participan e interactúan en procesos educativos que favorecen su desarrollo integral, dentro de los que se encuentran procesos de educación para la sexualidad desde un enfoque integral
3. Niñas, niños y adolescentes disfrutan y mantienen un estado de salud y de nutrición adecuado
4. Niñas, niños y adolescentes participan y expresan libremente sus sentimientos, ideas y opiniones, e inciden en todos los asuntos que son de su interés

¹⁵ Las realizaciones se plantean en alineación con la propuesta que pretende promover el ejercicio de inclusión en Planes de Desarrollo de los lineamientos sobre temas de primera infancia, infancia y adolescencia en el marco de una mesa intersectorial, liderada por SNBF —Trabajo en reuniones periódicas durante el año 2015—.

5. Niñas, niños y adolescentes disfrutan de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida
6. Niñas, niños y adolescentes hacen parte y disfrutan de una familia y de redes de apoyo que les acogen, favorecen su desarrollo y les reconocen como agentes activos del mismo
7. Niñas, niños y adolescentes realizan prácticas de autoprotección y cuidado, a la vez que disfrutan de entornos protectores y protegidos que garantizan sus derechos y actúan frente a situaciones de riesgo o vulneración

2.2. LOS ENTORNOS SIGNIFICATIVOS PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Con respecto al término entornos, el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) plantea la siguiente definición:

Los entornos se entienden como aquellos escenarios de la vida cotidiana en las que los sujetos, en este caso los niños, niñas y adolescentes, se desarrollan, y es donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea (p. 15).

Adicionalmente, los entornos constituyen la unidad de gestión que permite materializar las respuestas estatales de acuerdo con las prioridades y los análisis de situación. Desde esta comprensión, se considera fundamental la promoción y fortalecimiento de entornos significativos que sean propicios para el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, lo que implica el reconocimiento de los entornos del hogar, educativo, comunitario, laboral y de salud.

2.3. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA: SEIS COMPONENTES INTERSECTORIALES

La *Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes, con énfasis en prevención del embarazo en la adolescencia, 2015-2025* plantea seis componentes para su desarrollo y gestión intersectorial, los cuales se orientan a promover acciones articuladas que se adecúen a los contextos y situaciones particulares de la población sujeto, a hacer viable la implementación de la Estrategia y a considerar los enfoques que permitan diversidad de abordaje.

A continuación se describe cada uno de los componentes, planteando su posibilidad de despliegue en líneas de acción, las cuales se presentan en su sentido y orientación en el capítulo 3.

2.3.1. Componente 1: Sexualidad e identidad. Cuerpo y sexualidad

Definición. Componente orientado a promover la revisión y resignificación de los imaginarios, concepciones, creencias y prácticas que sobre el cuerpo y sexualidad tienen niñas, niños y adolescentes, así como sus padres, madres y aquellas personas que ejercen el rol de cuidadoras o educadoras, con el fin de identificar tendencias, contradicciones y expectativas al respecto. Lo anterior implica la pregunta por las identidades y roles de género a través del reconocimiento y valoración del propio cuerpo, la conciencia del cuidado de sí y el cuidado de los otros, y las prácticas sociales cotidianas que comportan valoración de la sexualidad. Se rescata la ética del cuidado como condición esencial para promover la transformación cultural y las construcciones sociales en torno a la sexualidad desde una perspectiva libre, autónoma y responsable. Para el desarrollo de este componente se propone trabajar desde procesos educativos, lúdico-pedagógicos y comunicativos orientados a niñas, niños y adolescentes, con la participación activa de los adultos significativos que los acompañan.

Movilizadores de acción. Se proponen entonces como mediadores y movilizadores de los procesos formativos la literatura, el arte, el juego y los medios masivos de comunicación, por cuanto constituyen elementos de apoyo pedagógico mediador en la construcción y reconstrucción de concepciones, imaginarios, normas y prácticas alrededor de la sexualidad y los derechos. Esto implica apoyo, fortalecimiento y generación de procesos comunicativos de alto impacto, así como la adecuación de escenarios comunitarios y públicos que promuevan a través de la lúdica, el arte, la literatura y las acciones comunicativas la reflexión y discusión compartida sobre el cuerpo y la sexualidad.

Acción diferenciada por grupos de niñas, niños y adolescentes. Este componente debe desarrollarse por momentos del curso de vida, así:

- Niños y niñas de 6 a 9 años: se considera importante en este momento vital que, a través del juego, las actividades culturales o la literatura, se promuevan procesos de aprendizaje con las niñas y niños en torno a la valoración del sentido de vida, así como a la condición humana de las personas independientemente de su apariencia, identidad y orientación sexual. Se visibilizan acciones de promoción y prevención orientadas a educar y desarrollar capacidades de cuidado, autoprotección y seguridad. Así mismo, se promueve el uso de los medios de comunicación como dispositivos pedagógicos e

.....
[...] A través de
la literatura,
la lúdica y el
arte pueden
promoverse la
discusión, la
reflexión y la
comprensión de
formas diversas de
expresión y modos
de ser que deben
ser una elección
consciente en
torno al ejercicio
de derechos, los
roles de género
y las prácticas
cotidianas en el
hogar, la escuela y
la comunidad
.....

informativos en un marco de reflexión crítica que convoque a niños y niñas en compañía de los adultos significativos.

- Niños y niñas de 10 a 14 años: en esta edad es de suma importancia acompañar a niñas y niños en la comprensión de las diversas opciones personales y sociales que se asumen en relación con la identidad, la expresión del género, la raza y la religión, y discutir la validez, ventajas y desventajas de tales valoraciones. Así mismo, es importante examinar los roles y expectativas de las personas a partir del género, la cultura y la edad; esto incluye promover una reflexión crítica sobre la información producida por los medios de comunicación sobre las problemáticas de mayor impacto, de forma que se atienda especialmente a aquellas que afectan la participación de mujeres y varones en diferentes espacios y procesos sociales.
- Adolescentes de 15 a 19 años: en este momento del ciclo vital los mensajes de los medios de comunicación deben orientarse con pertinencia y en el marco de la promoción y la prevención. A través de la literatura, la lúdica y el arte pueden promoverse la discusión, la reflexión y la comprensión de formas diversas de expresión y modos de ser que deben ser una elección consciente en torno al ejercicio de derechos, los roles de género y las prácticas cotidianas en el hogar, la escuela y la comunidad. Esta etapa es una potencial oportunidad para indagar y analizar críticamente la construcción social e histórica del ideal de la belleza y del cuerpo, tanto para varones como para mujeres.
- Adolescentes y jóvenes gestantes, padres y madres: esta población implica un movimiento social fuerte que, a través de los medios de comunicación, promueva mensajes de reflexión, cuestionamiento y asunción de comportamientos autónomos, libres y responsables en torno al ejercicio de los DSR.

Líneas de acción transversales. Para el desarrollo del componente 1, orientado a la transformación de imaginarios, se propone acudir a las líneas de acción propuestas en torno a:

1. Comunicación y movilización para el desarrollo y el cambio social. Fortalecimiento de procesos de educación y comunicación que se valgan de medios de comunicación diseñados e implementados con intención de alto impacto que, apoyados por procesos formativos en torno a la literatura, el arte y la lúdica, fomenten espacios de revisión y construcción social conjunta en torno a los DSR.
2. Participación efectiva de niñas, niños y adolescentes. Involucramiento a través de la literatura, las narrativas orales y de encuentros psicosociales, así como de la generación de escenarios de participación en las diferentes entidades públicas, sociales y

comunitarias.

3. Gestión e incidencia política. Promoción y visibilización de las expresiones, consultas y propuestas de niñas, niños y adolescentes, derivadas de las reflexiones, concepciones y prácticas sobre sexualidad y cuerpo.
4. Gestión del conocimiento. Realización de ejercicios de sistematización de experiencias de revisión, reflexión y construcción conjunta entre niñas, niños y adolescentes y sus padres, cuidadores y educadores, con el fin de promover una reflexión más sistemática y profundizar sobre elementos que generen tendencias y prácticas inequitativas y prejuiciosas.

2.3.2. Componente 2: Educación para la sexualidad a mi medida. Educación y formación

Definición. Este componente se concentra en el proceso educativo por excelencia y recoge la experiencia del PESCC, el cual promueve la construcción de proyectos pedagógicos orientados hacia la promoción y la garantía de los DSR. El componente 2 pretende brindar a los establecimientos educativos herramientas pedagógicas concretas que permitan desarrollar procesos de educación para la sexualidad desde un enfoque integral en el marco de proyectos pedagógicos transversales articulados, pertinentes al contexto y acordes a cada etapa del ciclo vital. Por ello, parte del enfoque de derechos y del principio de universalidad, se centra en los sujetos y privilegia la promoción y la prevención de manera fundante; contempla la integralidad, lo cual implica múltiples actores y ámbitos —como el individual, escolar, familiar, comunitario-social y político-institucional— y reconoce lo diferencial como transversal a todas las acciones.

Movilizadores de acción. Desde esta visión, se plantean para el desarrollo de este componente:

- Fortalecimiento del PESCC. Teniendo en cuenta que el desarrollo del segundo componente considera la experiencia del PESCC como punto de partida, apuesta por su proyección y fortalecimiento; por ello, busca orientar esfuerzos para desarrollar una propuesta curricular que promueva el ejercicio de los DSR. En este marco, se propone considerar como ejes estratégicos la asistencia técnica a secretarías de educación y establecimientos educativos focalizados para implementar el pilotaje de una propuesta curricular adecuada y la incorporación del enfoque de género tanto en los proyectos de aula como en otros proyectos pedagógicos.
- Articulación de oferta de educación y formación en territorios. Pretende optimizar esfuerzos, acciones y recursos de educación y formación intersectorial que si bien recaen en la escuela pueden

transversalizarse en diferentes escenarios educativos convencionales y no convencionales. Como ejes estratégicos, se plantean, entre otros, el fortalecimiento de capacidades en conocimientos sobre sexualidad y DSR con agentes educadores, padres, madres, familias y actores comunitarios a través de la promoción y formación de agentes educadores, y promover la atención integral a madres y padres adolescentes y gestantes.

Acción diferenciada por grupos de niñas, niños y adolescentes. En desarrollo de este componente educativo pueden considerarse opciones por grupo etario:

- Niños y niñas de 6 a 9 años: en esta etapa es preciso fortalecer el proceso de autonomía, de tal manera que se consoliden los logros obtenidos en la primera infancia, e incluir temáticas acordes con las características del desarrollo físico, social y emocional de los niños y niñas en este rango de edad.
- Niñas, niños y adolescentes entre 10 y 14 años: este momento de vida es igualmente clave, pues se caracteriza por iniciar el proceso de transición en el cual se profundizan cambios psicobiológicos, asociados a factores históricos, sociales y culturales.
- Adolescentes entre 15 y 19 años: el componente educativo se plantea desde el reconocimiento de los procesos propios de la adolescencia, en tanto que las propuestas pedagógicas y los currículos pueden incluir procesos reflexivos en torno a temas como construcción de identidad, resolución de conflictos, toma de decisiones, relaciones interpersonales, exploración y goce de la sexualidad, construcción de proyectos de vida, conocimiento y conciencia de las implicaciones de los DSR, acceso a los servicios de salud, sexual y reproductiva, entre otros. Así mismo, se contemplan los modelos flexibles fortalecidos y actualizados para adolescentes y jóvenes gestantes, padres y madres. Acudiendo a la experiencia y liderazgo desde el sector salud, se promoverá el fortalecimiento y actualización de Modelos Flexibles —MEF— orientados desde una perspectiva de formación integral con enfoque de educación de adultos y educación inclusiva que incorporen toda la filosofía y propósitos que visibilicen y apliquen los principios de la educación para la sexualidad, la promoción y garantía de derechos sexuales y reproductivos, y la prevención del embarazo subsiguiente.

Líneas de acción transversales. Para el desarrollo de este componente se propone generar acciones de fortalecimiento de procesos educativos incluyentes de los DSR en los proyectos y currículos mediante la consideración de las líneas de acción establecidas de carácter transversal:

1. Comunicación y movilización para el desarrollo y el cambio social. Promoción de opciones comunicativas y de movilización social asociadas al desarrollo de proyectos educativos institucionales incluyentes y con énfasis en la promoción de los DSR y la prevención del embarazo en la adolescencia.
2. Participación efectiva de niñas, niños y adolescentes. Promoción de la formación de liderazgo estudiantil y representación de niños, niñas y adolescentes en procesos de reflexión y construcción de propuestas educativas incluyentes y de promoción y prevención en el marco de los DSR en los escenarios educativos.
3. Gestión e incidencia política. Promoción de la gestión y asistencia técnica para la incorporación en los planes de acción de los Comités Territoriales de Convivencia de acciones para la promoción de DSR y prevención de embarazos adolescentes, así como de mecanismos de comunicación con las instancias intersectoriales territoriales de prevención de embarazos adolescentes. Igualmente, promoción de la ampliación de orientaciones pedagógicas para facilitar a las instituciones educativas la promoción de DSR en educación básica.
4. Gestión del conocimiento. Reconocimiento de las oportunidades de sistematización de experiencias educativas, documentación y generación de conocimiento en el marco de la educación sexual y la promoción de los DSR.



2.3.3. Componente 3. Promoción de la cultura, la recreación y el deporte

Definición. Este componente busca la promoción, generación y sostenibilidad de escenarios y alternativas culturales, artísticas, recreativas y deportivas que convoquen y respondan a los intereses de niñas, niños y adolescentes y sus familias. A su vez, implica el fortalecimiento y enriquecimiento de entornos que comprendan escenarios públicos y privados orientados a tal fin, y promueve de manera primordial el cultivo del arte, la recreación, el manejo del tiempo libre y el deporte como opciones que aportan al disfrute y gozo del proceso de desarrollo de niñas, niños y adolescentes, así como el enaltecimiento de las posibilidades de “ser”, “sentir”, “crear”, “imaginar” y “disfrutar” como opciones humanas de expresión. Por último, esta comprensión otorga significado al ser humano y su sexualidad en el marco de los DSR.

Movilizadores de la acción. En esta línea se busca promover el aprovechamiento y acondicionamiento de escenarios públicos y privados que promuevan la sana recreación y el acceso al deporte de toda la población,



especialmente aquellos orientados hacia niñas, niños y adolescentes y sus familias. En este componente se pretende generar opciones culturales para todas las niñas, niños y adolescentes y sus familias, por lo cual no se discrimina de manera detallada lo particular para cada grupo por momento vital en tanto se promueven ejercicios y disfrute de escenarios culturales, deportivos y recreativos a modo intergeneracional —aunque se encuentren especificidades en los procesos formativos propios de cada disciplina—.

Líneas de acción transversales. Para el desarrollo de este componente se propone generar acciones asociadas principalmente con:

1. Comunicación y movilización para el desarrollo y el cambio social. Promoción de procesos comunicativos y de movilización social orientados desde el arte, la recreación y el deporte como soporte de procesos de formación integral que aplican en el campo de los derechos humanos y de los DSR.
2. Participación efectiva de niñas, niños y adolescentes. Promoción de escenarios abiertos plurales, flexibles y abiertos para todos los niños, niñas, adolescentes, sus familias y comunidades, en los que sea posible la garantía de condiciones adecuadas para la participación activa y protagónica.
3. Gestión e incidencia política. Planteamiento de procesos de corresponsabilidad acorde con su competencia en la construcción de políticas nacionales y territoriales que promuevan una cultura garante de derechos con énfasis en los DSR en la cogestión, sostenibilidad y cualificación de instancias como los consejos de política social y los comités de infancia y familia, que les permitan participar activamente en los escenarios posibles de construcción territorial y de estrategias puntuales a favor de la prevención del embarazo en la adolescencia.
4. Gestión del conocimiento. Coparticipación y gestión de la producción y generación de conocimiento asociado con la cultura, el arte, la recreación y el deporte, que aporten a la construcción de procesos de formación integral de niñas, niños y adolescentes, con énfasis en DSR y prevención del embarazo en la adolescencia.

2.3.4. Componente 4. Mi sexualidad, mi decisión. Participación y ciudadanía

Definición. Este componente está centrado en el reconocimiento y fortalecimiento de la participación como derecho y proceso de formación y ejercicio de la ciudadanía, por lo que se considera fundamental la formación integral de niñas, niños y adolescentes orientada hacia el proceso de autonomía en un marco amplio de escenarios y procesos de participación. Busca promover una estrategia permanente de participación apoyada por procesos de formación, gestión territorial y movilización social¹⁶ alrededor del ejercicio de los DSR, por lo que implica formación a niñas, niños y adolescentes y sus familias orientada hacia el fortalecimiento y desarrollo de capacidades, autonomía y toma de decisiones libre e informada sobre su vida y el ejercicio de su sexualidad en los diferentes entornos significativos y espacios de participación que los involucran.

Movilizadores de la acción. Para el desarrollo de este componente se propone la creación, fortalecimiento y sostenibilidad de instancias de participación formales y alternativas para niñas, niños y adolescentes, como las mesas de participación de niños y niñas a nivel territorial, los consejos de juventud, y los consejos de prevención del embarazo en la adolescencia y los gobiernos escolares. Por tanto, implica el reconocimiento de opciones alternativas —de corto o mediano plazo— que reconozcan la voz de niñas, niños y adolescentes.

También resulta importante considerar la importancia e incidencia de los procesos de formación y multiplicación, en los que estrategias, programas y acciones construidas con niñas, niños y adolescentes han sido evaluados como buenas prácticas, y en los que son los pares —e incluso los programas de liderazgo juvenil que forman a adolescentes y jóvenes— quienes tienen mayor incidencia en acciones de prevención del embarazo en la adolescencia. Igualmente, y desde el marco de una gestión territorial, se pretende continuar el fortalecimiento de escenarios de participación diversos, que incluye escenarios ya constituidos en el país, como las mesas de participación de niñas, niños y adolescentes —Decreto 936 de 2013—, el Consejo Nacional y los Consejos Regionales de Juventud para la Promoción de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos con énfasis en prevención del embarazo en la adolescencia —derivados del PLANEA—, los Consejos de Juventud¹⁷,

¹⁶ La participación y movilización social se comprenden desde la perspectiva de derechos como la posibilidad de incidir en las decisiones públicas, además de la libertad de organización y pronunciamiento frente a asuntos de interés. A su vez, la gestión territorial implica la dinámica relacional política, económica, social y cultural que se presenta en los territorios.

¹⁷ Actualmente cursa proyecto de ley para reglamentar la convocatoria para la elección de los consejos municipales, locales y distritales de juventud, de acuerdo con la Ley 1622 de 2013 que, por ser ley estatutaria, requiere aprobación del proceso de reglamentación por parte del Congreso de la República, al igual que revisión por parte de la Corte Constitucional.

las plataformas juveniles y las veedurías sociales juveniles a los SSAAJ, entre otros. Esto implica adicionalmente la consideración de acciones en torno a semilleros de participación y la creación de agendas programáticas en los territorios, con incidencia de niñas, niños y adolescentes.

Acción diferenciada por grupos de niños, niñas y adolescentes. A partir de los enfoques y fundamentación ética–conceptual, así como de la propuesta para la transformación y cambio de paradigmas en los que se enmarca la Estrategia, el componente busca garantizar acciones diferenciales para cada grupo etario —primera infancia (0-5 años), infancia (6-9 años), adolescentes (10-14 años), adolescentes (15-19 años) y gestantes, padres y madres adolescentes, dado que se reconoce que cada uno de ellos posee particularidades en relación con su desarrollo y con derechos específicos, necesidades e intereses que deben identificarse en su singularidad, sin que ello signifique la anulación, imposición o exclusión de un grupo sobre otro (Krauskopf, 2013).

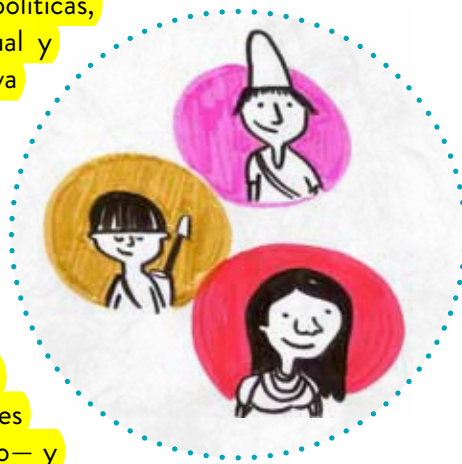
Líneas de acción transversales. Se plantea la implementación de este componente con apoyo de las siguientes líneas de acción transversales:

1. Comunicación y movilización para el desarrollo y el cambio social. Promoción de procesos de formación para la participación en grupos de niñas, niños y adolescentes —grupos de 6 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años y adolescentes y jóvenes gestantes, padres y madres— a través del impulso de propuestas y experiencias locales que los involucren en procesos de participación activa y con incidencia social y política, con lo que se pretende rescatar procesos como los generados en las plataformas juveniles, entre otros.
2. Participación efectiva de niñas, niños y adolescentes. Formulación de procesos de formación y acompañamiento al fortalecimiento de las iniciativas juveniles y veedurías sociales juveniles en torno a servicios como los SSAAJ, entre otros, así como la potenciación, fortalecimiento y sostenimiento de instancias alternativas de participación local, regional y nacional de niñas, niños y adolescentes.
3. Gestión e incidencia política. Consideración de los escenarios de gestión y planeación territorial como opciones para la incidencia de las opiniones, propuestas y procesos participativos en general de niñas, niños y adolescentes, dentro de los que resultan ideales el escenario de planeación de desarrollo territorial y el de planeación sectorial. Adicionalmente, comprende procesos de elección y fortalecimiento del Consejo Nacional y los Consejos Regionales de Juventud para la prevención del embarazo en la adolescencia para los años 2016-2018, así como la creación y/o fortalecimiento de mesas de participación de niñas, niños y adolescentes —Decreto 936 de 2013—.

4. Gestión del conocimiento. Promoción de escenarios y procesos de encuentro y reflexión social y académica en el marco de los DSR, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, así como el reconocimiento de experiencias en participación y control social, de forma que se generen encuentros por eje —como el Encuentro Nacional de Consejeros de Juventud para la prevención del embarazo en la adolescencia 2016-2018 y los encuentros de participación de la infancia y la adolescencia en políticas públicas— y la sistematización de experiencias significativas de información, educación y comunicación que hayan favorecido la movilización social para la promoción y ejercicio efectivo de los DSR y la prevención del embarazo en la adolescencia, en compañía del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.5. Componente 5. Disfrute mi sexualidad con derechos. Salud y bienestar

Definición. Este componente se concentra en el desarrollo de las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud individual y colectiva acordes con la situación de la salud sexual y reproductiva de niñas, niños y adolescentes en los territorios del país, que se articulan y armonizan con el aseguramiento y la prestación de servicios de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud —como estrategia de base para las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad—, la salud familiar y comunitaria —como enfoque de intervención en los servicios básicos o primarios y la coordinación del flujo de niñas, niños y adolescentes a través del sistema—, la gestión integral del riesgo en salud —como actividad central de los agentes del sistema para la minimización del riesgo y la mitigación del daño— y el enfoque diferencial —para adaptar el modelo a cada uno de los contextos poblacionales (indígenas, negritudes, raizales, desplazados, entre otros¹⁸) y territoriales (urbano, rural y disperso)—, dentro de las competencias y recursos asignados a cada uno de los agentes del sistema de salud.



Movilizadores para la acción. La atención integral en salud exige gestión en red e implica el fortalecimiento y ampliación de programas como los SSAAJ por lo que, bajo esta misma lógica, se plantea la importancia de propiciar espacios de atención integral en salud para niños y niñas de 6 a 9 años. En general, se busca promover entornos de vida saludable en niñas, niños y adolescentes que permitan el desarrollo integral y el completo

¹⁸ El enfoque diferencial se concertará con las instancias definidas para cada uno de los grupos étnicos. En el caso particular de los pueblos indígenas, esta concertación se dará en el marco del SISPI.

bienestar en un marco de derechos y de acciones intersectoriales — promoción, prevención y atención—, de forma que garanticen el disfrute de la sexualidad y el mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva. Se plantea la promoción de procesos de formación en salud y educación para la sexualidad para los padres, familias, comunidades, líderes comunitarios y sociales y, especialmente, para aquellos agentes educativos “claves” para la consulta en las zonas dispersas y rurales —como las parteras que, en algunos casos, constituyen la única fuente de consulta—. Esto implica el reconocimiento de las situaciones locales, el contexto y la cultura en sentido diferencial, de forma que permita identificar y generar diálogo de saberes con las diferentes etnias y con las condiciones sociales y particulares de los sujetos individuales y colectivos. Por ello, en este proceso de fortalecimiento se incluyen la atención psicosocial permanente en todos los programas y procesos dirigidos a niñas, niños y adolescentes, con el fin de abordar las diferentes variables que condicionan y generan riesgo para los niños, niñas y adolescentes —que incluyen factores familiares, sociales y educativos—. De manera complementaria, se busca promover la equidad y facilidad de acceso a los servicios.

Acción diferencial por grupos de niños, niñas y adolescentes. En esta perspectiva, se realizan las siguientes propuestas, discriminadas por grupos y momentos vitales:

- Niños y niñas entre 6 a 9 años: ampliación y generación de la oferta de servicios de salud a partir de la construcción, implementación y seguimiento de la ruta de atención, promoción y mantenimiento de la salud, que comprende acciones puntuales y pertinentes que se orientan hacia el fortalecimiento de procesos de cuidado de sí, autoprotección, autorrealización, autoestima, autoconocimiento y seguridad en salud, así como información que permita el desarrollo del pensamiento crítico, a fin de que cada niño y niña pueda comprenderse a sí mismo, así como su relación con las demás personas y con la sociedad en general.
- Niñas, niños y adolescentes entre 10 y 14 años: construcción e implementación de la ruta de atención, promoción y mantenimiento de la salud, así como fortalecimiento de redes primarias desde la estrategia de atención primaria en salud, que fortalezca la toma de decisiones de niñas y niños desde el conocimiento, el vínculo y las alianzas. Además, cualificación de la atención integral en salud con calidad y pertinencia para este momento del ciclo vital, con énfasis en la provisión de información oportuna que permita el desarrollo de las capacidades de este grupo para comprender su sexualidad en las dimensiones biológica y cultural, para la toma de decisiones.
- Adolescentes entre 15 y 19 años: construcción e implementación de la ruta de atención, promoción y mantenimiento de la salud, ampliación de cobertura y calidad de los SSAAJ que responda al goce efectivo de

la sexualidad de adolescentes y jóvenes —a fin de promover, entre otros, la cobertura universal de servicios de salud sexual y reproductiva— y garantía del ejercicio autónomo de la sexualidad para los y las adolescentes y jóvenes con base en la asesoría, acompañamiento y provisión de proyectos, programas y/o acciones adecuadas para el ejercicio seguro y protegido de la sexualidad, que incluye la provisión efectiva de métodos anticonceptivos.

- Adolescentes y jóvenes gestantes y/o adolescentes padres y madres: consideración de la ruta de prevención del embarazo subsiguiente, fortalecimiento de procesos de promoción y mantenimiento de la salud y asesoría, acompañamiento y formación desde el enfoque de salud familiar y comunitaria, así como facilitación de la continuidad de sus proyectos de vida.

Líneas de acción transversales. Este componente se plantea implementar apoyado por líneas de acción transversales:

1. Comunicación y movilización para el desarrollo y el cambio social. Establecimiento del compromiso de generación de procesos de comunicación y movilización social en el campo de los DSR y en el marco de una oferta de atenciones de salud para niñas, niños y adolescentes mediante la construcción e implementación de la ruta de atención integral de salud, y la transformación de imaginarios acerca de la sexualidad y la reproducción.
2. Participación efectiva de niñas, niños y adolescentes. Sostenimiento de los procesos participativos instaurados en torno a los SSAAJ, así como de las instancias creadas con el fin de canalizar esfuerzos y liderar procesos promocionales y de prevención del embarazo en la adolescencia —como el Consejo Nacional de Juventud para la promoción de los DSR, con énfasis en prevención del embarazo en la adolescencia—. Igualmente, cogestión de procesos y escenarios de participación y gestión en salud dirigidos hacia el mejoramiento de la atención integral en salud, acompañada por una mayor preponderancia en la reflexión acerca del ejercicio y goce de los DSR.
3. Gestión e incidencia política. Gestión y movilización de la institucionalidad para integrar la Estrategia en los planes de desarrollo y en planes de salud territorial, en cumplimiento del Art. 84 del Plan Nacional de Desarrollo y de las metas del Plan Decenal de Salud. Así mismo, promoción de la gestión territorial permanente, que a su vez promueva la incorporación de la perspectiva de los DSR y la prevención del embarazo en la adolescencia como asuntos prioritarios en los procesos de atención integral en salud, así como la atención integral en el marco de la protección —en cumplimiento de los derechos—.
4. Gestión del conocimiento. Generación de procesos que permitan la promoción y garantía de derechos con base en el análisis de la situación

de niñas, niños y adolescentes mediante el uso y aprovechamiento de los sistemas de información existentes, a la vez que de cualificación y producción de información complementaria —cualitativa y cuantitativa— que permita ampliar y profundizar la comprensión del fenómeno del embarazo en la adolescencia y que dé cuenta de las diferencias territoriales y poblacionales a que haya lugar. Igualmente, búsqueda de producción de información y conocimiento sobre los eventos técnicos y científicos que se desarrollan dentro de los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y recuperación de la salud de niñas, niños y adolescentes, y que aporten a la construcción de la política pública.

2.3.6. Componente 6. Mi vida con proyectos. Oportunidades e iniciativas

Definición. Este componente se concentra en la promoción de procesos educativos y de formación en torno a los procesos de desarrollo vocacional, la generación y puesta en marcha de iniciativas propias y la creación de escenarios de oportunidad para proyectos y propuestas, con el fin de que se apoye su viabilidad, desarrollo y sostenibilidad. Se espera que la flexibilización de procesos y escenarios de formación —en torno al campo vocacional y productivo, y en términos sociales, culturales, educativos y económicos— esté orientada y construida participativamente con niñas, niños y adolescentes, de forma que aporten a la construcción de vida con proyectos posibilitadores de perspectiva de futuro y del ejercicio de la libertad, la autonomía y la responsabilidad. Al respecto, se tiene como punto de partida la experiencia ganada en el marco del proyecto de iniciativas juveniles para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos del Convenio 363 de 2013 entre el Ministerio de Salud y la OIM, en la que se promovieron y apoyaron múltiples iniciativas que aún son sostenibles.



Movilizadores para la acción. La garantía de una educación pertinente y de calidad se constituye en una estrategia fundamental para la movilidad social, el cierre de brechas y el logro de una sociedad más equitativa, y representa para niñas, niños y adolescentes la oportunidad para pensar y materializar proyectos de vida dignificantes. En este marco, el sector educativo tiene el compromiso de adelantar estrategias dirigidas hacia la garantía del acceso y permanencia en el sistema educativo —con especial énfasis en las poblaciones vulnerables—, dentro de las cuales se incluyen la jornada única, la promoción de la universalización de la educación, la búsqueda del logro de permanencia y la prevención de la deserción escolar.

- Implementación de la jornada única. Proceso que busca promover la permanencia de todas las niñas, niños y adolescentes en la escuela y mejorar las propuestas pedagógicas para la promoción de su desarrollo

integral. Para efectos de la Estrategia, busca fortalecer los procesos de prevención del embarazo en la adolescencia.

- Prevención y monitoreo de la deserción escolar: Desde el sector educativo se han adelantado diferentes estrategias para promover la permanencia en el sistema educativo; sin embargo, se requieren acciones específicas orientadas hacia la promoción de la permanencia de adolescentes gestantes, y adolescentes padres y madres en el sistema educativo, así como la implementación de mecanismos de seguimiento y monitoreo a la deserción.

Acción por grupos de niñas, niños y adolescentes. Los procesos de formación vocacional, la exploración y apoyo de iniciativas, y el sostenimiento con calidad, pertinencia y permanencia en el sistema educativo, se puede promover mediante el acompañamiento en los procesos educativos de los ciclos formales de educación, lo cual comprende la atención educativa diferencial por momentos vitales, de forma que en los grupos de

- Niños y niñas de 6 a 9 años: se realizan procesos de autoconocimiento y exploración de intereses y capacidades.
- Niñas, niños y adolescentes entre 10 y 14 años: se realiza promoción y desarrollo de capacidades, habilidades para la vida e iniciativas y experiencias de construcción de propuestas en grupos.
- Adolescentes entre 15 y 19 años, y gestantes, padres y madres adolescentes y jóvenes: apoyo a procesos de formación vocacional y formación específica, con el fin de apoyar la exploración y consolidación de experiencias y proyectos de vida.

Líneas de acción transversales. Este componente plantea su desarrollo por líneas de acción transversales de la siguiente manera:

1. Comunicación y movilización para el cambio y desarrollo social. Continuación del fortalecimiento de las iniciativas juveniles para la promoción y garantía de los DSR conformadas por el Convenio 363 de 2013 entre el Ministerio de Salud y la OIM en los municipios priorizados en el marco del CONPES 147 de 2012, con el fin de renovar y acompañar las propuestas de los adolescentes y jóvenes. Por su parte, generación de escenarios de oportunidad para la construcción y presentación de nuevas iniciativas de adolescentes y jóvenes como opción para la construcción de proyectos de vida y de formación integral que permitan la consolidación de una perspectiva de futuro en sus vidas. Igualmente, promoción y movilización de grupos, organizaciones y redes de niñas, niños y adolescentes organizados en torno a los SSAAJ para su participación en los procesos de socialización de la Estrategia.

2. Participación efectiva de niñas, niños y adolescentes. Promoción y potenciación de herramientas tecnológicas para adolescentes y jóvenes entre los 14 y 28 años orientadas hacia la promoción de la oferta vocacional y de empleabilidad de entidades públicas, privadas y de cooperación internacional, entre otros sectores, en torno a áreas como educación, cultura, recreación, empleo y medioambiente, entre otras, como soporte a la construcción y vinculación efectiva a proyectos de vida.
3. Gestión e incidencia política. Inclusión de prioridades de formación y de escenarios de oportunidad para la construcción y generación de oportunidades vocacionales y productivas, a través de la promoción de condiciones para la permanencia en el sistema educativo y la formación específica, entre otros.
4. Gestión del conocimiento. Sistematización del proceso de exploración, acompañamiento y seguimiento a las iniciativas de niñas, niños y adolescentes —así como de las experiencias y aprendizajes que de ellas se derivan— a través de sistemas de información adecuados para tal fin y propios de las condiciones y requerimientos en este campo. Igualmente, promoción de la participación de actores diversos en la construcción y generación de reflexiones y conocimientos que aporten al desarrollo de capacidades vocacionales y productivas.



3. LÍNEAS DE ACCIÓN TRANSVERSALES

Las líneas de acción obedecen a una forma de ordenar la acción estatal e intersectorial de la Estrategia. Se consideran transversales en tanto que se incluyen como ordenadoras de la acción propuesta en cada uno de los componentes. Si bien se presentaron anteriormente en el planteamiento de cada componente, se presentan a continuación a fin de reiterar su sentido y orientación.

3.1. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN PARA EL DESARROLLO Y EL CAMBIO SOCIAL

La comunicación es entendida como un proceso de desarrollo social que puede asumirse como opción de la pedagogía social para formar a los sujetos y comunidades en torno a oportunidades de transformación y cambio. Para efectos de esta Estrategia, la comunicación se plantea como un potenciador de procesos de desarrollo humano personal y social, que propicia espacios de construcción de procesos generadores de cambios en los que las niñas, niños y adolescentes son artífices a través de sus propuestas, innovaciones y cambios, concertados a través de diálogos constructivos y participativos. Por tanto, se plantea como una de las líneas de acción fundamentales de la Estrategia, ya que se orienta hacia el desarrollo de acciones en dos sentidos: i) sensibilización y divulgación en el marco de los DSR con respecto a la relevancia de la formación integral y el acompañamiento, cuidado y protección integral de niñas, niños y adolescentes en torno a la formación de criterios para toma de decisiones libres y autónomas sobre su cuerpo, su sexualidad y el goce efectivo de los derechos; y ii) desarrollo de capacidades, que se orienta hacia los procesos de formación, identificación de habilidades y potencialidades, y asesoría y acompañamiento en el desarrollo de capacidades de niñas, niños y adolescentes en el marco de una educación integral con énfasis en reconocimiento de DSR.

3.2. GESTIÓN E INCIDENCIA POLÍTICA

La gestión política es entendida en términos de las posibilidades de movilizar recursos propios y de generar la construcción de acciones de intersección, coordinación y articulación orientadas hacia el mejor aprovechamiento y optimización de recursos compartidos de tipo territorial, institucional, personal, familiar y comunitario. Implica el reto de generar condiciones de posibilidad territorial, institucional y social en torno a la implementación de la Estrategia, por lo que comprende el reconocimiento y desarrollo de capacidades a través de la promoción de escenarios de construcción participativa de la política y la potenciación de instancias existentes —como

[...] la comunicación se plantea como un potenciador de procesos de desarrollo humano personal y social, que propicia espacios de construcción de procesos generadores de cambios en los que las niñas, niños y adolescentes son artífices a través de sus propuestas, innovaciones y cambios, concertados a través de diálogos constructivos y participativos.

***La participación...
Es entendida como
un derecho y como
un proceso, por
lo que implica el
reconocimiento
y garantía de la
titularidad de
los derechos de
niñas, niños y
adolescentes, con
el fin de generar
condiciones,
procesos y
escenarios que
visibilicen y
posibiliten la
incidencia del
protagonismo
y participación
significativa y
auténtica***

los Consejos de Política Social, los Comités de Infancia y Adolescencia, las mesas de trabajo, las comisiones en torno a la promoción de los DSR y los demás escenarios de gestión propios de los territorios.

3.3. PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La participación se asume como una línea de acción en tanto que se debe promover como transversal en todos los componentes y acciones a desarrollar. Es entendida como un derecho y como un proceso, por lo que implica el reconocimiento y garantía de la titularidad de los derechos de niñas, niños y adolescentes, con el fin de generar condiciones, procesos y escenarios que visibilicen y posibiliten la incidencia del protagonismo y participación significativa y auténtica. Esto conlleva la garantía de participación de niñas, niños y adolescentes en todo el ciclo de política — formación, formulación, gestión, implementación, y evaluación—. En esta línea de acción se da a la promoción del derecho a la participación de niñas, niños y adolescentes relevancia como movilización territorial para potenciar su capacidad de agenciamiento político, con el fin de que se incluyan sus prioridades y necesidades en la agenda política. Adicionalmente, es un proceso orientado hacia la potenciación de la capacidad de acción crítico-reflexiva, creativo-propositiva y activo-transformadora de niñas, niños y adolescentes, que reconoce y afirma sus especificidades territoriales, generacionales, culturales, étnicas y de género.

3.4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Esta línea está asociada a la construcción social del conocimiento, por lo que involucra la cualificación y mejora de sistemas de información como productores de insumos para la reflexión, sistematización, seguimiento y evaluación que permitan una mayor comprensión del fenómeno del embarazo en la adolescencia y de sus variables “causa de causas”, así como de experiencias resolutivas y aportantes a la protección y promoción de una cultura garante de derechos y de protección integral para niñas, niños y adolescentes. En ella se reconoce la importancia de los procesos participativos de construcción del conocimiento entre las comunidades, la academia y la institucionalidad, en los que convergen esfuerzos de profundización, investigación y socialización de las comprensiones del fenómeno con el fin de generar masa crítica, relevancia científica, identificación de evidencia de experiencias replicables y escalables y mayor conciencia social de las posibilidades de promoción y protección integral.

4. RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN. UNA CONSTRUCCIÓN INTERSECTORIAL PARA ORDENAR Y OPTIMIZAR LA ACCIÓN ESTATAL



En el marco de la propuesta integral que constituye esta Estrategia, se considera relevante considerar la participación en la construcción e implementación de rutas integrales de atención adecuadas a la situación, contexto y población infantil, adolescente y juvenil. La ruta integral de atención se comprende como aquella en la que converge el conjunto de acciones intencionadas y sistemáticas de carácter técnico y político — expresadas en planes, programas, proyectos y servicios— que generan condiciones y promueven capacidades individuales, familiares, comunitarias, institucionales y sociales para proteger el desarrollo integral de las personas y reconocer sus potencialidades y condiciones particulares y de contexto.

Promover la apropiación e implementación de rutas intersectoriales para la prevención del embarazo en la adolescencia (2012) se plantea como importante para esta Estrategia, pues se señala que su construcción se dio en desarrollo del CONPES 147 de 2012 y conserva vigencia, aunque exige un proceso de revisión y actualización permanentes y adecuadas a las dinámicas y exigencias del contexto.

La ruta integral de atención para el embarazo en adolescentes se define entonces como el conjunto ordenado de atenciones que deben recibir niñas y adolescentes de acuerdo con sus necesidades y condiciones. Es una construcción local basada en la situación de derechos que define claramente el tipo de atención, su definición, el tipo de decisión que se requiere, la evidencia que recomienda tal decisión, el tipo de servicio a través del cual se presta, el entorno, el destinatario, el referente normativo —si aplica—, el estado de su ejecución, el financiamiento, las barreras de implementación y el facilitador que podría mitigar esta barrera. Por tanto, deben ser operadas por profesionales responsables de cada sector, en marco de su rol y competencia.

Los criterios trazadores para la formulación de estas tres rutas macro intersectoriales fueron:

- La atención integral para niñas, niños y adolescentes menores de 14 años
- La atención integral para niñas y adolescentes embarazadas entre 14 y 18 años
- La atención integral y prevención del embarazo subsiguiente con adolescentes y jóvenes gestantes, padres y madres

En esta perspectiva, se promueven rutas de atención diferencial y especializada que consideran eventos y situaciones particulares como:

- La relación del embarazo en la adolescencia y los eventos de violencia sexual
- La interrupción voluntaria del embarazo

5. MARCO OPERATIVO Y ORIENTACIONES GENERALES PARA LA ACCIÓN

5.1. ESTRUCTURA OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA

Se considera como propuesta de ordenamiento político y de gestión

Nivel nacional	La Estrategia tiene como coordinadores al Ministerio de Salud y Protección Social y al ICBF por mandato del actual Plan Nacional de Desarrollo —artículo 84—, quienes actúan en el marco de la instancia máxima de coordinación y decisión, la Comisión Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos —en actual proceso de modificación del Decreto 2968 de 2010—. La Comisión está conformada por las entidades sectoriales con competencia en infancia y adolescencia, las cuales realizan aportes desde el desarrollo de sus competencias del nivel nacional y de los acuerdos intersectoriales definidos en la Estrategia.	
Nivel territorial	En los territorios se promueven comités o mesas territoriales orientados hacia la promoción y garantía de DSR, con especial énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, los cuales sostienen la lógica de la intersectorialidad nacional y deben alinearse y establecer sinergias con los comités de infancia y adolescencia y los consejos de política social, así como con las instancias de participación y decisión en salud pública existentes en el territorio. La dinámica y funcionamiento de estos comités o mesas debe enmarcarse en acuerdos intersectoriales basados en el análisis de prioridades y traducidos en planes de acción acordes con los postulados de la Estrategia. La inclusión programática y presupuestal de la estrategia en los planes sectoriales y planes operativos anuales —POA— de los sectores e instituciones de educación, salud, protección social, cultura, recreación y deporte, gobierno, trabajo, SENA, ICBF, entre otros, se gestiona en este escenario. La Mesa de Infancia y Adolescencia tiene la responsabilidad de incluir esta prioridad de política en la agenda del Consejo y de solicitar la gestión intersectorial para el cumplimiento de las metas propuestas.	

5.2. COMPONENTES Y LÍNEAS DE ACCIÓN ARTICULADAS

COMPONENTES Y LÍNEAS DE ACCIÓN EN EL MARCO DE LA ACCIÓN INTERSECTORIAL	
Sinergia, coordinación y articulación. Intersectorialidad, base para la acción	Comprende la acción concertada a través de acuerdos —que se traducen en planeación— en desarrollo de los componentes y líneas de acción de la Estrategia. Implican identificación y sostenimiento de sinergias, puntos de encuentro y acciones concertadas y articuladas. Para ello, se requiere la promoción de procesos de fortalecimiento institucional, la cualificación de la dinámica de la Comisión Intersectorial Nacional y sus referencias territoriales, la profundización y desarrollo técnico y metodológico de cada componente de la Estrategia, la concertación, definición y toma de decisiones —de forma que no se dupliquen acciones ni se sobrepasen los límites y competencias por nivel y sector, en aras de la intersectorialidad— y la consolidación de la visión de intersectorialidad —para lo que se debe tener presente la pregunta ¿qué podemos hacer juntos que solos no podemos? pues, si podemos hacerlo solos, ¿para qué nos juntamos?—.
Rutas integrales de atención, adecuadas y pertinentes	Implica promover la comprensión, construcción y adecuación —con pertinencia y calidad— de las rutas intersectoriales de atención integral, que comprende tanto las formuladas como marco para la prevención del embarazo en la adolescencia como aquellas universales que se orientan hacia la protección integral y la promoción y sostenimiento de la salud, entre otras.
Consolidación de la oferta de servicios	Implica el fortalecimiento institucional, la cualificación de servicios y atenciones orientadas con pertinencia y flexibilización, y adecuadas para los grupos de niñas, niños y adolescentes, en desarrollo de cada uno de los componentes propuestos para la Estrategia.



5.3. APROXIMACIÓN AL PROCESO OPERATIVO DE LA ESTRATEGIA

A continuación se presentan algunos elementos considerados importantes para la operación de la Estrategia, aunque se debe aclarar que el carácter y alcance de este documento se limita a unas orientaciones generales, por lo que requiere mayor desarrollo y descripción metodológica.

La territorialización y la adecuación institucional	Implica el análisis de la capacidad territorial y las oportunidades de fortalecimiento y desarrollo de capacidades. Comprende la equidad en la distribución equitativa de recursos, el desarrollo e implementación de procesos de acuerdo con sus prioridades —con respeto de la autonomía—, los procesos y dinámicas propias, y la construcción conjunta y participativa. Se entiende como un proceso orientado de acuerdo con las particularidades, intereses y necesidades de los sujetos en el territorio, y con su contexto y situación. Para ello, trasciende la lectura geo referenciada y considera las dinámicas relacionales culturales, sociales, educativas y económicas. Con base en ello, la Estrategia establece la promoción de propuestas de acción adecuadas y adoptadas en consonancia con las prioridades nacionales, pero con libertad y autonomía para definir los propios caminos de acción.
La planeación y la gestión	Toda la acción a desarrollar en el marco de la Estrategia debe realizarse de acuerdo con una planeación y gestión integrales, razón por la que se acude al plan de acción como herramienta central para la gestión. Esto implica que se debe contar siempre con revisión, actualización y consolidación de análisis de situación territorial y nacional, y con definición de prioridades en materia de derechos —en especial DSR, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia—. De estos elementos se deriva la formulación y la gestión acorde con lo planeado, que sostiene la intersectorialidad en todo el curso del proceso.
El seguimiento y la evaluación	El seguimiento comprende el proceso de acompañamiento, mejora y aprendizaje continuo que se establece desde la planeación y que permite monitorear el paso a paso y el desarrollo del proceso plasmado en el plan de acción de la Estrategia. La evaluación implica una perspectiva de proceso y resultados en términos del impacto generado en la situación del fenómeno —en este caso, en la disminución del embarazo en la adolescencia—. Para realizar los dos procesos se requiere una batería de indicadores, que se plantea en el marco de los compromisos y acuerdos nacionales.
Actores clave y participación	Es claro que el liderazgo del proceso en el orden nacional está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y el ICBF, en el marco de la Comisión intersectorial; a nivel territorial, el proceso sostiene estos referentes, pero adecuados a la dinámica y ordenamiento político y administrativo de los territorios. Por tanto, los referentes de todos los sectores estatales implicados participan de manera activa y protagónica. Son actores protagonistas de todo el proceso los niños, niñas y adolescentes, que deben involucrarse en todo el proceso —desde la formulación hasta la evaluación— por ser los sujetos centrales de la atención integral que se configura a través de la Estrategia. No obstante, y en general, también lo son los actores sociales y comunitarios con incidencia y compromiso en la construcción de procesos orientados hacia el desarrollo de la Estrategia.
El control social	Durante el curso de su desarrollo, la Estrategia debe estar acompañada de procesos de participación y control social que atiendan, desde una perspectiva de regulación y acompañamiento, su planeación, implementación y evaluación. Esto implica el fortalecimiento de procesos de participación de niñas, niños y adolescentes y sus familias, así como el fortalecimiento de procesos y estrategias de veedurías juveniles y de otros escenarios propicios para el control social.

6. FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LA ESTRATEGIA

La gestión de los seis componentes y las cuatro líneas transversales de acción puede ser financiada mediante el uso de recursos propios de los municipios y departamentos, de las transferencias del sistema general de participaciones —ejecutables con los planes de intervenciones colectivas, según Resolución 518 de 2015—, de proyectos de inversión financiados a través del sistema general de regalías, de recursos de crédito, de recursos del presupuesto general de la nación ejecutados por entidades nacionales que desarrollan programas y acciones en este tema, y de la movilización de cofinanciación proveniente de fondos de responsabilidad social empresarial, organismos de cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil y otros agentes no estatales.

7. PLAN DE ACCIÓN DE LA ESTRATEGIA

El plan de acción se constituye en torno a los componentes y líneas de acción, con base en el compromiso intersectorial de acción conjunta en búsqueda del desarrollo de la atención integral por grupos de edad. En el Anexo 1 se presenta el plan de acción elaborado para la Estrategia.

8. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la Estrategia se definieron 16 indicadores cuantitativos (Anexo 2, Tablero de control nacional) que están bajo la responsabilidad de los diferentes sectores e instituciones que participan en su ejecución, los cuales deben ser reportados periódicamente al Departamento Nacional de Planeación y a Sinergias por parte de cada una de las entidades que se integran al desarrollo de la Estrategia. Los indicadores definidos son los siguientes:

- 6.1. Indicador n.º 1: municipios con la estrategia de prevención de embarazo en la adolescencia implementada (Ministerio de Salud y Protección Social e ICBF). Con este indicador se busca identificar los municipios priorizados en los que se adelanta la implementación de la Estrategia, para lo cual se realiza acompañamiento presencial y/o virtual por parte de la DTS y, en algunos casos, por el Ministerio de Salud y Protección Social (ver Anexo 3).
- 6.2. Indicador n.º 2: porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han sido madres o están embarazadas por primera vez (Departamento Nacional de Planeación).

- 6.3. Indicador n.º 3: municipios con asistencia técnica para la implementación de las rutas de atención integral para el restablecimiento de derechos de la menor de 14 años embarazada (ICBF).
- 6.4. Indicador n.º 4: número de municipios de la Estrategia que cuentan con al menos un servicio de salud amigable en operación (Ministerio de Salud y Protección Social). Los SSAAJ son servicios que cada institución de salud declara cuando adopta el modelo de SSAAJ con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en alguna de sus tres modalidades —consulta diferenciada, unidad amigable o centro amigable—, que cumplen con los estándares de calidad establecidos en los Anexos A4 y A11 del modelo de SSAAJ.
- 6.5. Indicador n.º 5: tasa específica de fecundidad en niñas, adolescentes y jóvenes por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años (Ministerio de Salud y Protección Social).
- 6.6. Indicador n.º 6: número de secretarías de educación certificadas que se ven beneficiadas con acciones del programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía (Ministerio de Educación Nacional).
- 6.7. Indicador n.º 7: porcentaje de instituciones educativas que cuentan con el PESCC en cada municipio en donde se implementa la estrategia (Ministerio de Educación Nacional).
- 6.8. Indicador n.º 8: municipios focalizados por la estrategia que implementan jornada única (Ministerio de Educación Nacional).
- 6.9. Indicador n.º 9: municipios que implementan estrategias para garantizar la permanencia escolar de adolescentes gestantes, madres y padres adolescentes en las instituciones educativas de los municipios (Ministerio de Educación Nacional).
- 6.10. Indicador n.º 10: niñas, niños y adolescentes participantes en programas de prevención (ICBF).
- 6.11. Indicador n.º 11: municipios que cuentan con el programa “Generaciones con Bienestar” (ICBF).
- 6.12. Indicador n.º 12: municipios con acta de compromiso de la mesa intersectorial de prevención de embarazo adolescente acordada (Ministerio de Salud y Protección Social e ICBF).
- 6.13. Indicador n.º 13: plan municipal de prevención de embarazo adolescente o planes de desarrollo que incluyen políticas, programas y/o proyectos para la prevención del embarazo en la adolescencia (Ministerio de Salud y Protección Social e ICBF).

- 6.14. Indicador n.º 14: municipios que impulsan o apoyan a mínimo un grupo de niñas, niños y adolescentes que promueva los derechos sexuales y reproductivos en las mesas de infancia y adolescencia (Ministerio de Salud y Protección Social e ICBF).
- 6.15. Indicador n.º 15: porcentaje de casos de embarazo en menores de 14 años atendidos por el ICBF (ICBF).
- 6.16. Indicador n.º 16: plataformas juveniles constituidas (Colombia Joven).

9. RESULTADOS ESPERADOS

Al año 2018 se espera:

1. Implementar la Estrategia en 563 municipios de los 32 departamentos del territorio nacional
2. Implementar rutas de atención integral para el restablecimiento de derechos a menores de 14 años embarazadas en 700 municipios
3. Formar en derechos humanos y en DSR a 15.000 agentes educadores



REFERENCIA

- Colángelo, M. A. (2003). *La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje*. Recuperado de <http://files.pedagogiafac.webnode.es/200000015-8da7e8ea1e/La%20mirada%20antropol%C3%B3gica%20sobre%20la%20infancia.pdf>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013, agosto 12 a 15). *Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/5/49545/P49545.xml&xsl=/celade/tpl/p18f-st.xsl&base=/tpl/e-mail.xsl#.VLkm9tKG_vy.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2012). *Convención americana de derechos humanos*. Recuperado de http://www.kas.de/wf/doc/kas_38682-1522-1-30.pdf?140922172843.
- Congreso de la República de Colombia. (1994, febrero 8). Ley 115, por la cual se expide la Ley General de Educación. *Diario Oficial*, 41214. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=292>.
- Congreso de la República de Colombia. (2006, noviembre 8). Ley 1098, por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia. *Diario Oficial*, 46446. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>.
- Congreso de la República de Colombia. (2007, enero 9). Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 46506. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>.
- Congreso de la República de Colombia. (2013, marzo 15). Ley 1620, 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. *Diario Oficial*, 48733. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52287>.
- Congreso de la República de Colombia. (2013, abril 29). Ley estatutaria 1622, por la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 48776. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52971>.
- Congreso de la República de Colombia. (2015, febrero 16). Ley estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 49427. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>.
- Congreso de la República de Colombia. (2015, junio 9). Ley 1753, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. *Diario Oficial*, 49538. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=61933>.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2012). *Documento CONPES 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 http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf.
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (1995, mayo 18). *Sentencia C-225*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/c-225-95.htm>.

- Corte Constitucional de la República de Colombia. (1995, diciembre 4). *Sentencia C-578*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/c-578-95.htm>.
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (1997, agosto 5). *Sentencia C-358*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-358-97.htm>.
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (1998, mayo 6). *Sentencia C-191*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/C-191-98.htm>.
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2010, julio 15). *Sentencia T-572*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-572-10.htm>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2015). *Estadísticas vitales*. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitalas_2014p-2015p-30-03-2016.pdf. Consultado el 15 de junio de 2016.
- Flórez C.E. (2013). Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. En Profamilia. (Ed.). *Estudios a profundidad de la ENDS 2010*. Bogotá: Profamilia. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/ESTUDIOS%20A%20PROFUNDIDAD%20AF.pdf>.
- Krauskopf, D. (2013). *Adolescencia y educación*. San José: Editorial EUNED.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Entornos Saludables. Definición*. Documento de trabajo. Bogotá, D.C. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/EntornosSaludables.aspx>.
- Nussbaum, M. (1995). Human Capabilities, Female Human Beings. En M. Nussbaum y J. Glover (Eds.). *Women, Culture and Development: a Study of Human Capabilities*. Clarendon: Oxford University Press.
- Nusbaum M. y Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. Clarendon: Oxford University Press.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966, diciembre 16). *Pacto internacional de derechos civiles y políticos*. Recuperado de <http://refugeelawreader.org/en/en/espanol/-28/-29/ii-1-7-derecho-a-abandonar-un-pa%C3%ADs/tratados-internacionales-6/8655-pacto-internacional-de-derechos-civiles-y-pol%C3%ADticos,-16-diciembre-1966,-999-u-n-t-s-171,-art-12/file.html>.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989, noviembre 20). *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas. (1996, diciembre 16). *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. Recuperado de <http://www.hchr.org.co/publicaciones/seriestematicas/DESC.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas. (2000, septiembre 6 a 8). *Cumbre Milenio 2000: Declaración del milenio de las Naciones Unidas*. Nueva York. Recuperado de http://www.un.org/es/events/pastevents/millennium_summit/.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012, junio 20 a 22). *Conferencia de las Naciones Unidas sobre desarrollo sostenible*. Río de Janeiro. Recuperado de <http://www.un.org/es/sustainablefuture/about.shtml>.
- Presidencia de la República de Colombia. (2010, agosto 6). Decreto 2968, por el cual se crea la

Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. *Diario Oficial*, 47793. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40126>.

Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>.

Profamilia. (2015). *Resumen ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>.

Rodríguez, J. (2011, julio 21-22). *High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America*. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. New York. Recuperado de http://www.un.org/esa/population/meetings/egm-adolescents/p01_rodriguez.pdf.

Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. New York: North-Holland.

Sen, A. (1993). Capability and Well-being, En M. Nussbaum y A. Sen. (Eds.). *The Quality of Life*. Oxford, Clarendon Press. Alzate, M. V. (2003). *La infancia: concepciones y perspectivas*. Pereira: Papiro.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

Weissmann P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 35(6). Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF.



