



“Una Contraloría aliada con Bogotá”

**INFORME ESTRUCTURAL
“EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA.
EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ”**

VIGENCIA 2017

PLAN ANUAL DE ESTUDIOS –PAE-2018

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE ECONOMÍA Y POLÍTICA PÚBLICA

Bogotá D.C., Noviembre de 2018

www.contraloriabogota.gov.co

Cra. 32A No. 26A-10

Código Postal 111321

PBX: 3358888



“Una Contraloría aliada con Bogotá”

**INFORME ESTRUCTURAL
“EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA.
EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ”**

Juan Carlos Granados Becerra
Contralor de Bogotá

Andrés Castro Franco
Contralor Auxiliar

Clara Viviana Plazas Gómez
Directora de Estudios de Economía y Política Pública

Luis Alfredo Sánchez Rojas
Subdirector de Evaluación de Política Pública

María Eugenia Vásquez
Andrea Villaneda Uribe
Profesionales

Nathaly Andrea Lara Villa
Pasante Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano
Juan Miguel Riaño Abril
Andrés Felipe Muñoz Molina
Pasantes Universidad Nacional de Colombia

www.contraloriabogota.gov.co

Cra. 32A No. 26A-10
Código Postal 111321
PBX: 3358888

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES	10
3. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES.	13
3.1. EN EL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO –ODM-	14
3.2. EN EL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE –ODS-	22
3.3. EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO	30
3.4. EN EL CONTEXTO COLOMBIANO	37
4. VULNERACIÓN DE DERECHOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS	43
5. EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD POR PLAN DE DESARROLLO.....	47
5.1. BOGOTÁ HUMANA –BH–	54
5.2. BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS –BMT	59
5.2.1 Programa Directo: Prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas.....	59
5.2.1.1 Acciones Intersectoriales y Mesas de Trabajo.....	64
5.2.2 Programas indirectos.....	87
5.2.2.1. Desarrollo integral desde la gestación hasta la adolescencia	87
5.2.2.2. Atención integral y eficiente en salud.....	91
5.2.2.3. Fortalecimiento del sistema de protección integral a mujeres víctimas de violencias – SOFIA”.....	99
5.2.2.4 “Inclusión Educativa para la equidad”.....	102
5.2.2.5 Desarrollo integral para la felicidad y el ejercicio de la ciudadanía.	104
5.2.2.6 Igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente	105
5.2.3 Análisis Plan de Acción de la Política de Infancia y Adolescencia -PPIA.....	106
5.2.4 Análisis de encuestas adolescentes embarazadas y no embarazadas.....	109
6. CONCLUSIONES	136
7. ANEXOS	143
8. BIBLIOGRAFÍA	144

Tabla de Gráficos

Gráfica No. 1: Evolución de la tasa de fecundidad en adolescentes (15-19 años) en el mundo, América de Norte (Estados Unidos y Canadá) y ALC, 1985-2015.....	31
Gráfica No. 2: Tasa de Fecundidad de las Adolescentes (De 15 A 19 Años), por Región.32	
Gráfica No. 3: Tasa de Fecundidad Adolescente de 15 a 19 años, por lugar de residencia	33
Gráfica No. 4: <i>Evolución Temporal de las Tasas de Fecundidad en Adolescentes en la Región de las Américas, por subregión, por subregión, 1980-2015.</i>	34
Gráfica No. 5: Porcentaje de embarazo adolescente por nivel de escolaridad 2000-2015.	38
Gráfica No. 6: Porcentaje de mujeres entre 15-19 años que han sido madres o están embarazadas. 1990-2015	39
Gráfica No. 7: Número de Nacimientos en Adolescentes por Grupo de Edad de la Madre - Bogotá 2011-2017.	49
Gráfica No. 8: Diagrama de Atención Protocolo para situaciones de embarazo adolescente	71
Gráfica No. 9: Líneas estratégicas por dimensión del PIMEE	72
Gráfica No. 10: Evidencia Sexperto después de formular pregunta	97
Gráfica No. 11: Servicios de Salud Integral de Salud para Adolescentes y Jóvenes – SISAJ	98
Gráfica No. 12: Edad del total de NNA encuestados.....	113
Gráfica No. 13: Presencia en los hogares de los NNA	115
Gráfica No. 14: Participación porcentual de allegados que brindó asesorías	118
Gráfica No. 15: Percepción de las Asesorías del Círculo de Allegados.....	119
Gráfica No. 16: Como obtuvieron los NNA las asesorías y capacitaciones del Distrito ..	123
Gráfica No. 17: Percepción de los NNA sobre las asesorías y capacitaciones del Distrito	124
Gráfica No. 18: Nube de palabras- Proyecto de vida en personas no embarazadas.....	131
Gráfica No. 19: Nube de palabras- Proyecto de vida en personas embarazadas.....	132
Gráfica No. 20: Uso de redes e Internet para adquirir información.....	134

Índice de Cuadros

Cuadro No. 1: Indicador de Fecundidad en Colombia 2015	40
Cuadro No. 2: Tasas específicas por edad, tasas acumuladas de fecundidad y tasa bruta de natalidad, para los tres años que precedieron a la ENDS,	41
Cuadro No. 3: Indicadores asociados a la meta nacional: Aumentar la promoción	42
Cuadro No. 4: Nacimientos por Localidad de Residencia -Edad de la Madre 2012-2017. 52	
Cuadro No. 5: Tasa de Fecundidad en Niñas y Adolescentes de 10 a 19 años. Bogotá ..	57
Cuadro No. 6: Ferias de Sexualidad en el Marco del Programa Prevención y atención de la Maternidad y Paternidad Tempranas.	65
Cuadro No. 7: Gestantes Menores de 18 Años Atendidas Integralmente.....	66
Cuadro No. 8: Casos reportados en el módulo de maternidad y paternidad temprana.....	70
Cuadro No. 9: Mortalidad Materna en Adolescentes Embarazadas	75
Cuadro No. 10: Defunciones Maternas, por Grupos de edad y Causas de defunción.....	76
Cuadro No. 11: Número de eventos IVE atendidos, año 2016	78
Cuadro No. 12: Número de eventos de IVE atendidos según causal. Año 2016	79
Cuadro No. 13: Niñas y Adolescentes embarazadas con enfermedad de transmisión sexual por causa.....	80
Cuadro No. 14: Asistencia de Enlaces Directivos	83
Cuadro No. 15: Asistencia de Enlaces Técnicos.....	85
Cuadro No. 16: Niñas y Adolescentes gestantes únicas participantes del	90
Cuadro No. 17: Distribución por subred de las consultas sobre sexualidad.	95
Cuadro No. 18: Atención de embarazadas de niñas y adolescentes por cada servicio prestado año 2017.....	99
Cuadro No. 19: Factores Determinantes.....	111
Cuadro No. 20: Grado de escolaridad de los NNA.....	113
Cuadro No. 21: Asesorías y capacitaciones brindadas por el Distrito	122
Cuadro No. 22: Sectores y entidades del Distrito que brindan asesorías y capacitaciones	123
Cuadro No. 23: Edad de Inicio de Vida Sexual	127
Cuadro No. 24: Métodos Anticonceptivos Usados	127
Cuadro No. 25: Edad de inicio de la vida sexual	128
Cuadro No. 26: Número de parejas sexuales	129

INTRODUCCIÓN

Dadas las implicaciones en el desarrollo y en la calidad de vida de los adolescentes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, a partir de la década de los setenta, una problemática social y de salud pública que requiere ser intervenida, a fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo¹.

Además de presentar riesgos en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales amenazas que pone en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones y discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes², con afectación directa en la mujer.

En Colombia las intervenciones para la reducción del embarazo adolescente, registraron un incremento sostenido a principios de la década del 2000, pese a que paralelamente por esta misma época la población contaba con una mayor oferta de métodos modernos de control natal y planificación familiar; así como mejores oportunidades para acceder a información y formación en Salud Sexual y Reproductiva –SSR³.

Por este motivo, se hace necesario que este informe identifique cuales han sido las diferentes intervenciones encaminadas a disminuir el embarazo en la adolescencia⁴:

- i) El Proyecto Nacional de Educación Sexual, implementado por el Ministerio de Educación Nacional -MEN en 1994, cuyo objetivo fue incluir

¹ Documento Conpes Social 147 Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación.

² *Ibidem*.

³ Evaluación de procesos de la implementación de la 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 en una muestra de los municipios piloto, así como el levantamiento de una línea base, para en posteriores seguimientos, evaluar los resultados en la población beneficiaria. Informe Final – Evaluación de Procesos. DNP - Unión Temporal Econometría- SEI. Agosto de 2014.

⁴ *Ibidem*.

- la educación sexual como proyecto pedagógico dentro del plan de estudios de las instituciones educativas a nivel nacional.
- ii) El Programa de Salud Reproductiva de Adolescentes en Medellín, conocido como “Sol y Luna”, que se realizó en los años 2006-2007, por la Alcaldía de Medellín con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo -BID, con el objeto de reducir la tasa de embarazo adolescente y mejorar el conocimiento de los adolescentes sobre SSR.
 - iii) El Programa de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes, implementado desde el 2007 por el Ministerio de la Protección y UNFPA, dirigido a la población de 10-29 años de todo el país, el cual busca influir en la fecundidad, la morbilidad/mortalidad materna evitable, las infecciones de transmisión sexual –ITS, el virus de inmunodeficiencia humana –VIH y la violencia doméstica y sexual.
 - iv) El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, que se implementa desde 2008 por el MEN y el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA, el cual tiene como propósito contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
 - v) El Programa Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz, implementado por la Consejería Presidencial de Programas Especiales desde 2006 en 245 municipios de 8 departamentos, que busca reducir el embarazo adolescente a través de la formación de actores de redes sociales.

En la prevención del embarazo en la adolescencia, además de las condiciones de contexto a la que está expuesta la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes - NNAJ, influye la acción del Estado a través de políticas públicas generales y específicas, así como la capacidad de la oferta institucional que permite el desarrollo efectivo de dichas políticas⁵.

Bajo este contexto y teniendo en cuenta que la Política Pública de Infancia y Adolescencia –PPIA, abarca una amplia gama de componentes asociados al desarrollo de potencialidades, capacidades y oportunidades de los niños, niñas y adolescentes en el ejercicio de sus derechos, los cuales fueron desarrollados, analizados y evaluados en el informe estructural “*Evaluación Fiscal a la Política Pública de*

⁵ Ibídem

*Infancia y Adolescencia - Vigencia 2016*⁶, este ente de control centrará su análisis para la vigencia 2017 profundizando en la temática **“Embarazo en niñas y adolescentes en la Ciudad de Bogotá”**.

Para la construcción del presente informe, se tomó como referencia inicial los antecedentes del estudio realizado a esta problemática de embarazo en edades tempranas desarrollado en el informe de la pasada vigencia, en donde se registró que una de las consecuencias es la perpetuación de los ciclos de pobreza que afectan con mayor intensidad a las mujeres, a las poblaciones indígenas y a los afrodescendientes⁷, y entre los motivos que mejor explican los embarazos a corta edad, se destacan la falta de información y de oportunidades, baja escolaridad, las expectativas sociales y la violencia sexual.

Así mismo, se encuentran otras razones como: la decisión voluntaria y consciente de quedar en embarazo; abuso, violación o explotación sexual; encontrarse en condiciones de pobreza; inicio temprano de las relaciones sexuales; influencia de los medios de comunicación y conflictos familiares; violencia, alcoholismo; la falta de un proyecto de vida y otras condiciones que afectan la conformación de los hogares y su funcionamiento⁸.

Dado lo anterior, el informe se estructuró en seis capítulos en los cuales se efectuó análisis de la evolución de los embarazos en las niñas y adolescentes en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS-, el comportamiento de la problemática a nivel latinoamericano y colombiano. Además, se analizó el tópico de vulneración de derechos en niñas y adolescentes embarazadas.

Igualmente, se efectuó la evaluación del comportamiento del embarazo a temprana edad en los planes de desarrollo Bogotá Humana y Bogotá Mejor para Todos, en este último se realizó el análisis tanto en el programa directo como en los indirectos. De igual forma, se llevó a cabo la evaluación al Plan de Acción de la Política Pública de Infancia y Adolescencia en el actual plan de desarrollo.

⁶ Elaborado en el año 2017.

⁷ <http://lac2016.com/wp-content/uploads/2017/01/InformeLAC.pdf>

⁸ The American Academy of pediatrics, 2010, ENDS 2010. Documento Conpes Social 147 “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

Por último, se desarrolló un trabajo de campo mediante la aplicación de encuestas a adolescentes embarazadas y no embarazadas, que permitieron corroborar directamente con las beneficiarias la percepción que ellas tienen frente a esta problemática y frente a la oferta de servicios que tiene disponible el distrito para ellas.

2. ANTECEDENTES

En cuanto a la política pública dirigida a la prevención de esta problemática, es necesario contextualizar en la historia y recordar que a partir de la década de los noventa, fue cuando en el país ocurrieron grandes avances en la reglamentación de la educación sexual y en el acceso a los servicios de SSR.

En efecto, a partir de la Constitución Nacional de 1991 se incorporan los Derechos Sexuales y Reproductivos en los Derechos Fundamentales, sociales, económicos y culturales. En 1993, mediante la Ley 60 y la Ley 100, que definen el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, se garantiza el acceso a los servicios de promoción y desarrollo de la SSR y prevención de enfermedades de transmisión sexual -ETS–, para hombres y mujeres, a lo largo del ciclo de vida. En ese mismo año, mediante la Resolución 3353 y la creación del Plan Nacional de Educación Sexual, se le otorga carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas. En 1994, con la expedición de la Ley General de Educación (Ley 115) y el Decreto reglamentario 1860, se ratifica la obligatoriedad de la educación sexual, la cual debe impartirse bajo la modalidad de proyectos pedagógicos, y no como una cátedra aislada o asignatura específica⁹.

A principios de la década del 2000, se enunció la Norma Técnica de Detección de las Alteraciones de Desarrollo del Joven de 19 a 29 años adoptada mediante Resolución 412 de 2000, en la cual se señala el embarazo como problemática de la adolescencia. En el 2003, el Ministerio de la Protección Social hizo pública la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, dando así el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. En el año 2006, la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-355/2006¹⁰ despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo –IVE– en tres casos específicos: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida extrauterina y c) cuando el embarazo sea resultado de violencia sexual (acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, contacto sexual abusivo, incesto) o producto de inseminación artificial o transferencia de un óvulo fecundado sin el consentimiento informado de la mujer¹¹.

⁹ *Ibíd*em

¹⁰ Colombia, Corte constitucional, Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, M.P. Dr. Alvaro Tafur Galvis.

¹¹ Documento Conpes Social 147 “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años

La Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia, dispone que el Estado, la familia y la sociedad son responsables de acompañar y asistir a niñas y niños, para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, por ende, establece plena corresponsabilidad entre aquellos actores, para propiciarles un ambiente de afecto, seguridad moral y material. Es decir, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar dentro del ambiente escolar, la dignidad, los derechos humanos, el buen trato y atender las necesidades educativas de los infantes que se encuentren en situaciones especiales o de emergencia.

En el 2007, la Política Nacional de SSR del 2003, se incorpora en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, el cual define metas y estrategias en este campo. En particular, la SSR aparece como la segunda prioridad nacional en salud, con estrategias definidas. En el año 2008, mediante la Resolución 769, se actualiza la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres, establecida en la Resolución 412 de 2000¹².

En el 2008 se aprobó la Ley 1236, mediante la cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual. A partir de esta ley, en el artículo 208 del Código Penal (Ley 599 de 2000), se define como delito el *Acceso carnal abusivo con menor de catorce años*. En el 2010 se profiere el Decreto 2968, mediante el cual se crea la Comisión Nacional intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. En el año 2011 se adoptó el Decreto 520 referente a la Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá D.C., sustentada en el enfoque de la protección integral desde el reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes – NNA, sin distinción alguna, la generación de las condiciones para la garantía y la prevención de situaciones que amenazan o vulneran su ejercicio y su restablecimiento inmediato.

En el año 2012 se aprueba el Documento Conpes Social 147, mediante el cual se definen los lineamientos de una acción intersectorial que impulse la construcción de capital social, generando un contexto propicio para la promoción de factores protectores, frente a la prevención del embarazo en la adolescencia. Finalmente, la Ley 1620 de 2013, por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y formación para el ejercicio de los Derechos Humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar¹³; reglamentado a través del Decreto 1695 del mismo año.

¹² *Ibidem*

¹³ *Ibidem*

Por otro lado, en cuanto a los factores socioculturales que determinan el cuidado de la salud sexual y reproductiva, son característicos del ambiente en que los niños, niñas y adolescentes nacen y se desarrollan. De ahí que la fecundidad en los adolescentes (entre otras variables de interés), es el resultado de la interacción entre un conjunto de determinantes presentes en distintos niveles de influencia¹⁴.

Los factores determinantes del embarazo adolescente, en cualquiera de los niveles ya descritos, se pueden agrupar en factores protectores (que disminuyen la probabilidad del embarazo) y factores de riesgo (que aumentan la probabilidad de ocurrencia). El balance entre los factores protectores y los de riesgo determina la vulnerabilidad, la cual se define como “la probabilidad de tener un resultado negativo a partir de la exposición de un conjunto de factores de riesgo, debido a la incapacidad de la persona de hacerles frente”.¹⁵

Cabe mencionar algunos determinantes que inciden en el comportamiento de los adolescentes, así:

- *Los determinantes sociales* actúan en varios niveles de influencia (intrapersonales, interpersonales y contextuales) que interactúan de manera compleja con un conjunto de determinantes próximos (exposición al riesgo de embarazo, concepción y gestación).
- *Los determinantes próximos* se relacionan con características individuales como los factores biológicos (edad, género, etnia, menarquía, entre otros), el inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y la unión o nupcialidad. Mientras que por su parte, los *determinantes intermedios* se refieren al entorno más próximo de la persona como el hogar, la escuela y la red más próxima de amigos y pares.
- *Los determinantes distales contextuales* se relacionan con el entorno amplio del individuo e incluyen los ingresos o la posibilidad de generarlos, la condición de pobreza y el acceso a servicios públicos u oportunidades de participar en las decisiones públicas o de ejercicio de ciudadanía. Las normas sociales sobre la sexualidad, los métodos anticonceptivos y las relaciones de pareja se incluyen aquí.¹⁶

¹⁴ Ibídem

¹⁵ Ibídem

¹⁶ Ibídem

3. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES.

El fenómeno de embarazo adolescente es una problemática que impacta a toda la población del mundo. Es por esta y entre otras razones, que se concertó a nivel mundial, una agenda de desarrollo que comprometiera a los países participantes en la consecución de unos objetivos globales para la adopción de medidas encaminadas a poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad, en los que organizaciones y gobiernos de todo el mundo se orienten en una misma dirección, básicamente, la de concentrarse en lo que realmente importa para el futuro.

Bajo el contexto anterior, la problemática objeto de estudio se encuentra inmersa en la adopción de tres de los objetivos y que en la medida que se vayan alcanzando resultados que mejoren el panorama, países como Colombia comenzarán a obtener resultados que le permitirán aportar a su desarrollo y prosperidad.

Para su implementación, se diseñaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a ejecutarse durante el periodo 2000-2015 y ante la imposibilidad de alcanzar algunas metas propuestas, se da continuidad a este desafío mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2016-2030, los cuales orientan la política a nivel internacional con el compromiso de alcanzar los objetivos al más alto nivel político.

En este sentido y teniendo en cuenta la problemática del presente informe, fruto del análisis efectuado por la Contraloría de Bogotá, se estableció que tanto los objetivos 1, 3 y 5 de los ODM y de los ODS, están asociados al embarazo a temprana edad, tal como se visualiza en la matriz anexa, en la cual se elaboró un comparativo de resultados y avances cualitativos y cuantitativos alcanzados por el nivel nacional y distrital. (Ver anexo 1)

Es preciso aclarar, que la estructura de la matriz en lo concerniente a los ODM incorporó información desde el año 2011 al 2015 y con relación a los ODS a nivel nacional se cuenta con información a 2016, cuya fuente es el informe voluntario realizado por Colombia.

3.1. EN EL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO – ODM-

Estos objetivos son el resultado del acuerdo de 189 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, en el cual se estableció un pacto global en donde se reafirmaron en la Cumbre del 8 de septiembre 2000 los ocho ODM¹⁷, los cuales quedaron estructurados mediante un fuerte sustento en la visión integral derivada de los acuerdos suscritos en las cumbres mundiales de las Naciones Unidas celebradas en la década de 1990.

Tras la implementación de los ODM, se generaron metas cuantificadas y cronológicas para luchar en contra de la pobreza, por el alcance de la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la reducción de la mortalidad infantil y materna, así como la lucha contra el avance del VIH/SIDA, entre otras.

Por su parte, los países de América Latina y el Caribe a comienzos del 2001, realizaron un trabajo de recopilación mostrando esfuerzos importantes para lograr la estabilidad macroeconómica e implementar reformas estructurales claves para mejorar la competitividad y las condiciones sociales, brindando importantes frutos tales como el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, en el que se propone el desarrollo sostenible y el fortalecimiento de las Naciones Unidas, los objetivos fueron establecidos con la mayor claridad posible y se acordaron metas cuantificadas e indicadores en los que señalan el nivel que se debían alcanzar en el 2015.

Las principales variables económicas y sociales, que reflejan los objetivos aprobados, ayudaron a que más de mil millones de personas escaparan de la pobreza extrema, del hambre y facilitaran que más niñas asistieran a la escuela. No obstante los logros alcanzados, la pobreza continúa concentrada en la desigualdad y la exclusión social no ha disminuido, constituyéndose en factores de freno al crecimiento económico y al progreso sociopolítico de la región.¹⁸

Al respecto, el estado colombiano adoptó mediante el documento Conpes Social 91 de 2005 *“Las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del*

¹⁷ “Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015” Naciones Unidas Nueva York 2015”.
http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

¹⁸ “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe”- Retos, acciones y compromisos” Banco Interamericano de Desarrollo
<https://www.cepal.org/mdg/docs/iadbpublicdoc.pdf>

Milenio -2015”, presentando para cada uno de los objetivos, las metas particulares que el país esperaba alcanzar para el año en mención, así como las estrategias necesarias para implementar y fortalecer su consecución. Posteriormente, es modificado mediante el Documento Conpes Social 140 del 2011¹⁹.

Para la problemática objeto de análisis del presente informe, se identificaron tres ODM, el 1, 3 y 5 que están asociados en su intervención a: Erradicar la pobreza extrema y el hambre; Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer y Mejorar la salud materna.

Objetivo 1: Erradicar la Pobreza Extrema y el Hambre

*“La pobreza no sólo tiene que ver con la falta de dinero,
Sino más que otra cosa con la falta de opciones”
(Brundtland, 1999).*

Dado que la pobreza es uno de los factores que se asocia directamente a la problemática objeto de estudio, al igual que la desigualdad, la baja calidad del sistema educativo y la falta de oportunidades, caracterizadas como algunas de las principales causas del desmedido incremento de casos de maternidad a temprana edad, se evidencia que este flagelo también genera una continuidad en la cadena generacional, sin desconocer que presenta factores de riesgo en el embarazo asociados a mujeres menores de edad, generando obstáculos en niñas y adolescentes para el aprovechamiento de sus oportunidades de desarrollo, como la educación y el trabajo. La falta de acceso a ellos puede dar paso a la vulnerabilidad en los derechos como existencia, desarrollo, ciudadanía y protección²⁰.

Este objetivo abarca tres indicadores²¹ los cuales serán analizados a continuación: el punto de partida del país para el indicador fue *“Reducir a 8,8% el porcentaje de personas en pobreza extrema. (Indigencia)”* con una línea base del 20,40%. El balance de los ODM en términos generales es positivo para Colombia, al lograr el país cumplir las metas de reducción de la pobreza fijadas para el 2015, con un año de anticipación²², al

¹⁹ Documento Conpes Social 140-MODIFICACION A CONPES SOCIAL 91 DEL 14 DE JUNIO DE 2005: “METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO-2015”- Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/140.pdf>

²⁰ Embarazo adolescente y oportunidades en américa latina y el caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. 2012. Banco Mundial.

²¹ Resultados de los ODM en Colombia 1991-2015

²² “Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015”. PNUD

llegar al 7,90% equivalente a una reducción del 108% de cumplimiento, a lo largo de 24 años desde que comenzó la medición de la línea base.

Con relación al segundo indicador *“Reducir a 28.5% las personas en pobreza”*, Colombia frente a otros países logró disminuir para el año 2015 este porcentaje a niveles cercanos al 27,80%, no queriendo decir este resultado que se haya convertido en un avance importante en la reducción de la misma. En cuanto al tercer indicador, *“Reducir a 1.5% las personas con ingreso inferior a US\$1,25 diario (PPA²³ de 2005)”*, alcanzó una disminución de 4,20% equivalente al 78% de cumplimiento.

El abordaje de este objetivo desde nivel Distrital, esbozó la problemática bajo tres indicadores:

- *“Porcentaje de personas en pobreza extrema (Indigencia)”*, inicia a partir del 2011, con una línea base de 2,0%, observándose que pasados cuatro años a partir de este momento, el indicador mantuvo en la capital del país el mismo registro para el 2015. Sin embargo, al cruzar este resultado con el registro que obtuvo el país para este mismo año (7,90%) se puede observar que la meta propuesta supero en 5.9 puntos porcentuales –p.p., lo programado respecto del resultado nacional.
- *“Porcentaje de personas en pobreza”*, se registra una línea base de 13,1% para el 2011, presentando un avance el distrito para el 2015 del 10,4%, es decir que se encuentra por debajo de la meta nacional (28.5%) para este año. Con relación al cumplimiento se evidencia que los resultados superaron la meta propuesta en 18.1 p.p.
- *“Porcentaje de personas con ingreso inferior a US\$1,25 diario (PPA de 2005). (PPA- Paridad de poder adquisitivo)”*. La línea base para este indicador fue de 0,70% en el 2011, para el 2014 se registró (0.8%), destacándose que al momento de la formulación de la meta nacional, Bogotá ya había cumplido con el reto propuesto a nivel nacional (1,5%). Se resalta que el análisis se realiza con corte a 2014, toda vez que en la vigencia 2015 no se reportó información.

Estos indicadores se han visto fuertemente afectados por la crisis económica mundial, que ha causado aumento del desempleo y peores condiciones laborales. Así mismo, el proceso de erradicación de hambre está frenado, así como los

²³ Paridad de Poder Adquisitivo

indicadores de desnutrición y hambre. La pobreza es uno de los problemas que más aqueja a la población colombiana y Bogotá no es la excepción. Si bien la ciudad capital ha avanzado en la disminución de población bajo la línea de pobreza, así como en el porcentaje de población bajo la línea de indigencia, aún hay desigualdad en la distribución del ingreso. Por lo que la ciudad debe continuar avanzando en la búsqueda de erradicar la misma y en la generación de políticas de redistribución del ingreso.

Objetivo 3: Promover la Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres.

Este objetivo pretendía la igualdad de oportunidades económicas, el uso de activos productivos, libertad de trabajo, una representación igual en los órganos de toma de decisiones y libertad de toda amenaza de violencia y coerción, dado que las mujeres también deben disfrutar los mismos derechos de los hombres.

Teniendo en cuenta, que la violencia contra la mujer se manifiesta en distintas formas y a través de varios mecanismos, es importante destacar que es la violencia de tipo sexual, la que genera consecuencias asociadas al deterioro de la salud reproductiva, a embarazos no deseados, abortos inseguros, problemas psicológicos o dependencia a la droga y al alcohol.

Igualmente, cabe anotar que la violencia de tipo sexual contra las mujeres, al ser una manifestación de las condiciones de desigualdad en las que se desenvuelven, puede ser vista desde dos ópticas: la primera, ejercida por la posición dominante del hombre; y la segunda, cuando esta situación ha denigrado a la mujer que acepta ser maltratada física y psicológicamente, la cual se evidencia en algunos casos, cuando no se utilizan métodos de planificación familiar, por temor a represalias por parte de su pareja.

A nivel nacional este objetivo abarca solo un indicador “Diseñar, desarrollar e implementar el Observatorio Nacional de Violencias y contar con una línea base definida que dé cuenta de la información para seguimiento y monitoreo de las violencias de género intrafamiliar y sexual” relacionado con una de las causas del embarazo.

No se realizó análisis dado que no se encontró información disponible tanto para la línea base como para los resultados del avance de país. Por su parte Bogotá formuló cuatro indicadores asociados al nacional, de los cuales dos presentaron información para las dos primeras vigencias (2012 y 2013) y junto con la línea base registrada

para el año 2011 no fue suficiente para lograr una evaluación objetiva del comportamiento del periodo 2012-2015. Dado lo anterior, solo se enunciarán los indicadores distritales asociados a la temática:

- Porcentaje de mujeres alguna vez unidas según rango de edad, que han experimentado alguna violencia física por parte del esposo o compañero.
- Porcentaje de mujeres según rango de edad, que han sido forzadas físicamente por el esposo, compañero u otra persona a tener relaciones o actos sexuales.

Por su parte, los otros dos indicadores²⁴ si registraron información para tres vigencias lo que permitió realizar el siguiente análisis:

- Tasa por 100 mil habitantes de mujeres valoradas por violencia de pareja: la población más afectada por la violencia de pareja es la comprendida en el rango de adolescentes de 15 a 19 años. Sin embargo, a pesar de la disminución del 73,1% presentada en el periodo 2012-2015, las cifras continúan siendo elevadas al interior de la familia. Con relación a las niñas de 10 a 14 años, se presentó un aumento del 84% en la violencia para el año 2015 respecto al 2014.

- Tasa por 100 mil habitantes de Informes Periciales sexológicos en mujeres: el grupo etario con mayores informes periciales estuvo en las niñas de 10-14 años, aumentando la tasa en un 1.577%, para el periodo 2011-2015.

Con relación a las adolescentes de 13-19 años se presentó un aumento de 690% para el periodo 2011-2015.

Significando lo anterior, que este alarmante aumento en las cifras se puede justificar debido a que: i) no ocurrían los casos, o ii) Aumentaron los reportes o en la cantidad de casos. iii) Cambio en la metodología de recolección de información.

Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna.

Este objetivo se basa en la reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva, es de vital importancia y tiene impacto no solo en los temas

²⁴ Objetivos de desarrollo del milenio. Cierre 2015.SDP

de salud, sino en huerfanidad y sobrepoblación, además de estar directamente relacionado con la educación a las poblaciones más pobres.²⁵

Para mejorar la salud materna y salvar la vida de más de medio millón de mujeres que mueren anualmente por complicaciones en la gestación y el parto, es indispensable que las mujeres de los países en desarrollo tengan una alimentación adecuada y dispongan de agua potable, sanidad, alfabetización básica y servicios de salud durante la gestación y el parto.²⁶

La reducción de la mortalidad materna, requiere un enfoque integral de la salud reproductiva de las mujeres, empezando por la planificación familiar y el acceso a métodos de anticoncepción. En los países con datos, más de la mitad de las mujeres que están casadas o en unión libre usa algún método anticonceptivo.

Este objetivo cuenta con dos metas nacionales. La primera es “*Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes*”, la cual está evaluada a través de tres indicadores relacionados con la temática objeto de análisis, los siguientes avances fueron fundamentales para su cumplimiento²⁷:

- Reducir a 45 la razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos): partió de una línea base con una razón de 100, logrando una ejecución del 84% de cumplimiento, es decir, una reducción de 53,7.
- Aumentar el 95% el porcentaje de atención institucional al parto: este indicador contó con una línea base de 76,30% alcanzando un aumento de 98.93% equivalente a 121% de cumplimiento.
- Aumentar al 95% la atención institucional del parto por personal calificado: registró una línea base de 80,60% logrando un aumento del 99% equivalente a 128% de cumplimiento.

Por su parte, la segunda meta nacional es monitoreada por cuatro indicadores²⁸, así:

²⁵ Análisis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.eoi.es/blogs/laurarubiolinece/2012/01/15/analisis-objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>

²⁶ Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la Salud Materna- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

²⁷ Resultados de los ODM en Colombia 1991-2015

²⁸ Objetivos de desarrollo del milenio. Cierre 2015.SDP

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

- Aumentar al 65% la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres adolescentes (15 a 19 años): partió de una línea base del 38,30% con un nivel de cumplimiento de 126% equivalente a un aumento del 72%, sobrepasando la meta propuesta.
- Aumentar al 75% la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres actualmente unidas y no unidas sexualmente activas: inició con una línea base del 59% con un nivel de cumplimiento del 108% al alcanzar un aumento del 76.2%.
- Mantener por debajo del 15% las mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo: se identificó como línea base el 12,80%, logrando un resultado menor al propuesto de 17,40%, es decir, le faltaron 2,4 p.p.
- Reducir el 6.80 la tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres): este indicador contó con una línea base de 11,4 y alcanzo una reducción del 6,77% equivalente al 101% de cumplimiento.

En este mismo sentido, el objetivo sujeto de análisis identificó a nivel distrital tres indicadores para la primera meta y cuatro para la segunda meta nacional para un total de siete indicadores²⁹

- Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos): se observa en este grupo etario de 15-19 años, una disminución del 66%, en la mortalidad materna para el periodo 2012-2015, superando la meta propuesta.
- Porcentaje de atención institucional al parto: a pesar de que se mantuvo constante (99,8%) para el periodo 2011-2015, los registros indican que Bogotá y Colombia superaron la meta propuesta.
- Porcentaje de atención institucional de parto por personal certificado: partió con una línea base 99,8% y éste se mantuvo para el periodo 2012-2015, logrando un resultado positivo para Bogotá con relación a la meta nacional (95%).
- Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente (15 a 19 años) sexualmente activa: inició con una línea base de 47,80% a partir de 2011, se observó que para los siguientes

²⁹ Resultados de los ODM en Colombia 1991-2015

cuatro años no se evidenciaron registros, por ende no fue posible analizar el indicador.

- Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa: este indicador partió de una línea base de 98% en el 2011 y teniendo en cuenta que al igual que el anterior indicador tampoco registró información, el análisis no pudo ser llevado a cabo.
- Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están embarazadas: Bogotá cumplió la meta propuesta de bajar a menos del 15% este indicador. Es importante tener en cuenta que solo el último año se dio en términos porcentuales, mientras que en los otros años su registro fue presentado por número de casos.
- Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres): inició con una línea base de 5,9 en el 2011. Se cumplió la meta prevista dado que la tasa se redujo a 5,3 para el año 2015 con relación a la programación nacional; aunque su comportamiento ha sido favorablemente descendente, para el periodo 2011-2015 mostró una reducción del 10,16%.

Las mujeres que están en los grupos socioeconómicos bajos, son las más afectadas debido al limitado acceso a servicios de salud integral y de calidad, así como por deficiencias de las políticas focalizadas en salud sexual reproductiva. Este objetivo se asocia dado que el uso de anticonceptivos del rango de edad entre (15 a 19 años), previenen el embarazo a temprana edad. El acceso de las mujeres a métodos de planificación familiar podría mejorar la salud materna, pero realmente la franja de mujeres más pobres y que no tienen educación son las que menos métodos anticonceptivos usan.

Por su parte, para la atención en salud dirigida a las mujeres en Bogotá, se ha puesto en marcha en los centros de salud sexual y reproductiva (SSR), una estrategia que ayuda a la garantía del derecho a la salud plena de las mujeres. La SSR brinda orientación, información, asesoría oportuna, veraz y de calidad sobre sexualidad femenina e inicia las acciones de protección temprana y detención específica de enfermedades relacionadas, en todos los centros de salud de red hospitalaria.³⁰

³⁰ “Objetivos de Desarrollo del Milenio- CIERRE 2015”. Bogotá Mejor Para Todos

Debido a que el cuerpo de la menor se encuentra aún en proceso de formación y maduración, este estado de gravidez prematuro puede ocasionar complicaciones que en algunos casos desencadenan en mortalidad materna adolescente o afectaciones en el desarrollo del bebé.

Una de las principales causas de mortalidad son hemorragia e hipertensión, que va en conjunto con la enfermedad de cáncer de cuello uterino, dado que el embarazo a temprana edad constituye un riesgo para la protección de la vida y la salud de la mujer.³¹

3.2. EN EL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE – ODS-

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en septiembre de 2015 los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que abarcan 169 metas, las cuales marcarán la agenda de desarrollo mundial durante los próximos 15 años, asumiendo un carácter integrado e indivisible que conjuga las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económico, social y ambiental³², constituyéndose en un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad³³, los cuales a su vez sustituirán y darán continuidad a los ODM, que vienen marcando desde el año 2002 la agenda global de desarrollo.³⁴

Los gobiernos y líderes del planeta indicaron que los esfuerzos fueron insuficientes para alcanzar los objetivos, existiendo anomalías de carácter estructural que si bien no son generalizables en todos los casos, conllevó a que el mundo incorporara una nueva serie de tareas por lograr.

A nivel nacional, se implementó el Documento Conpes 3918, “*Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia*”, con el propósito de dar continuidad a los ODM. Estos ODS, son el producto de un consenso general en torno a un marco medible para alcanzar niveles mínimos que garanticen la prosperidad, el bienestar de las personas y la conservación del ambiente.³⁵

³¹ “Boletín 2. El aumento de embarazo de adolescentes en Colombia”

³² Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. PNUD Argentina.

³³ Objetivos de Desarrollo Sostenible- Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. PNUD.

³⁴ Objetivos de desarrollo Sostenible (ods, 2015-2030) y Agenda de desarrollo post 2015 a partir de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) M^a del Pilar Martínez Agut Universitat de València.

³⁵ Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia- Consejo Nacional de Política Económica y Social, Republica de Colombia, Departamento Nacional de Planeación.

De igual manera y teniendo en cuenta, que la Agenda 2030 se constituye en un acuerdo de voluntades, los países integrantes como Colombia de forma voluntaria presentaran informes sobre la gestión adelantada en algunos de los Objetivos. Este reporte, es un ejercicio preliminar para evaluar a profundidad los 5 objetivos seleccionados³⁶: 1, 3, 8, 13 y 17, de los cuales el 1 y 3 apuntan a la problemática objeto de estudio.

Para el caso que nos ocupa, se identificaron tres ODS 1, 3 y 5, de los cuales los dos primeros están inmersos en el informe voluntario asociados a las temáticas de: Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo; Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas las edades y Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Es pertinente tener en cuenta, que para el análisis se presentaron algunas restricciones: para el caso de Colombia, la información se obtuvo del informe voluntario y para el nivel distrital aun no existen lineamientos para el reporte de seguimiento a los ODS, teniendo en cuenta que la Secretaria Distrital de Planeación manifestó que actualmente está trabajando en la revisión e identificación del estado de las metas trazadoras e indicadores del Conpes y su relación con las metas e indicadores de la ciudad y del Plan de Desarrollo Distrital 2016-2020 “Bogotá Mejor Para Todos”, además de encontrarse en proceso la definición del esquema de seguimiento de los ODS, de acuerdo con lo previsto en el Conpes 3918 de 2018.³⁷

Sin embargo, ante esta situación este ente de control extrajo del informe “*Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y la Adolescencia de Bogotá. D.C. Comité Distrital de Infancia y Adolescencia-CODIA 2017*” algunos resultados de indicadores que le podrían apuntar al desarrollo de los mismos para el caso de Bogotá.

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

Teniendo en cuenta que el propósito de este objetivo, es brindar a las personas en todo el mundo el apoyo que necesitan para poder salir por sí mismos de la pobreza en todas sus manifestaciones, por ser la esencia del desarrollo sostenible, su enfoque consiste en poner fin a la pobreza a través de estrategias interrelacionadas,

³⁶ Los ODS como instrumento para consolidar la Paz 2016 – Gobierno de Colombia.

³⁷ Oficio SDP No. 2-2018-25222 de fecha 11/05/2018 PRO 1318009

que incluyen la promoción de sistemas de protección social, empleo decente y la resiliencia de los pobres.³⁸

Este objetivo abarca un indicador que tiene relación con la problemática, el cual será analizado a continuación:

- El país diseñó el siguiente indicador *“Porcentaje de la población cubierta por niveles mínimos o sistemas de protección social, desglosada por sexo, distinguiendo entre los niños, los desempleados, los ancianos, las personas con discapacidad, las mujeres embarazadas, los recién nacidos, las víctimas de accidentes de trabajo, los pobres y los grupos vulnerables”*³⁹, con una línea base de 95,7% al 2016, este indicador estableció que la población cubierta por sistemas de protección social en Colombia ha aumentado de manera importante para el periodo 2010-2015. Sin embargo, teniendo en cuenta que esta información se extrajo del primer informe voluntario, el mismo no contiene los registros de los años 2016 en adelante, por lo tanto no se tendría certeza si el comportamiento registrado ha continuado de manera ascendente.

Para la problemática objeto de estudio, el abordaje de este objetivo desde el nivel Distrital, se realizó bajo el mismo indicador:

- El comportamiento se centró en la afiliación de la población menor de 18 años, en el 2016 registró una línea base de 350.145⁴⁰ personas pertenecientes al Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, presentando una tendencia al descenso del 1.21%, entre 2016 y 2017. No obstante, el Distrito desarrolló el indicador en número de casos y no en términos porcentuales como lo establece el indicador.

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

- A nivel mundial en las últimas décadas se han obtenido grandes avances en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil (Cada día mueren 17.000 niños menos que en 1990) y materna (ha disminuido en un 37% desde 2000.). También, se han logrado mejoras en el

³⁸ Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017- Secretario General de las Naciones Unidas Antonio Guterres

³⁹ Indicadores Globales para el seguimiento de los ODS-DNP

⁴⁰ Sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la infancia y adolescencia de Bogotá D.C, año 2017.

acceso al agua limpia y el saneamiento, la reducción de la malaria (tasa de incidencia mundial de la malaria ha disminuido en un 37% y las tasas de mortalidad en un 58%), la tuberculosis (La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó en un 45% y la tasa de prevalencia en un 41% entre 1990 y 2013), la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA (Las infecciones por el VIH en 2013 se estimaron en 2,1 millones, un 38% menos que en 2001 y es la segunda causa más común de muerte entre los adolescentes de todo el mundo); estos resultados se han logrado bajo el entendido que para los ODS es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal⁴¹.

Se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo el embarazo a temprana edad, así como la amplia gama de enfermedades que permitan poner frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud⁴².

Para su abordaje, Colombia formuló dos metas nacionales asociadas al embarazo:

La primera: *“De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”*, está evaluada bajo dos indicadores:

- Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos: empezó con una línea base de 53,7⁴³, a pesar que esta corresponde a 2015, el análisis incorporado en el informe voluntario presenta resultados de vigencias anteriores, lo cual imposibilitó concluir la situación actual en la que se encuentra la mortalidad materna, si continua con el mismo comportamiento o por el contrario, ha mejorado o empeorado. Lamentablemente, los registros más actualizados son de la vigencia 2013⁴⁴.
- Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado: se registró una línea base de 99% a 2015, dado que la información registrada en el informe voluntario, corresponde al periodo 2010-2015, para este caso

⁴¹ Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 objetivos para transformar nuestro mundo-Naciones Unidas

⁴² *Ibidem*.

⁴³ Resultados de los ODM en Colombia 1991-2015.

⁴⁴ Presentación nacional voluntaria de Colombia – Los ODS como instrumento para consolidar la paz. Gobierno de Colombia. 2016

tampoco fue posible identificar cual ha sido el comportamiento desde ese último corte a la fecha.

Para el caso de Bogotá, el comportamiento fue el siguiente:

- Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos: la línea base que registró fue de 28,4, la razón de este indicador presentó un comportamiento relativamente constante con una leve disminución de 3.87%. El número de casos para la vigencia 2016 fue de 28 mientras que para el 2017 fue de 25 casos.
- Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado: Empezó con una línea base de 99,7, en el cual las vigencias 2016-2017 tuvieron un comportamiento constante, por encima del 99%, debido a la oferta de servicios de las instituciones de salud del Distrito Capital. Aunque el ideal sería estar sobre el 100%, todavía se presentan partos extra institucionales, posiblemente asociados a condiciones socio-culturales.

La segunda meta nacional *“De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”*, es monitoreada por dos indicadores:

- Porcentaje de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos: la línea base para este indicador fue de 61,40%⁴⁵, existiendo un rezago en la información que sólo estuvo disponible hasta el 2010.

Es de resaltar que el embarazo adolescente es una de las principales deudas pendientes de Colombia en los ODM, dado que no se logró cumplir con la meta de reducir a 2015 a una cifra inferior a 15%, puesto que llegó al 17.40%, es decir le faltaron 2.8 p.p.. Actualmente, se implementa la estrategia intersectorial de prevención de embarazo adolescente en 75 municipios con altas tasas de fecundidad.

⁴⁵ Resultados de los ODM en Colombia 1991-2015.

- Tasa de natalidad entre las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad: a 2016 la línea base registró 63,9⁴⁶. La tasa de fecundidad desde el 2005 ha descendido en adolescentes, en gran parte como consecuencia del uso de métodos anticonceptivos y consultados los registros de Estadísticas Vitales de Nacimientos y Defunciones del Departamento Administrativos Nacional de Estadística - DANE, para el grupo menor de 14 años, durante el periodo 2012-2017, el país presentó un comportamiento descendente del 11,34% pasando de 6.547 nacidos vivos a 5.804 nacimientos.

Por su parte, el nivel Distrital tuvo el siguiente resultado:

- Porcentaje de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos: este indicador no se pudo analizar ya que no se encontró información relacionada a la problemática analizada.
- Tasa de natalidad entre las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad: en las vigencias de 2016 y 2017, la mayor tasa de natalidad se dio en la población de 15-19 años cuyo comportamiento presentó una disminución del 12,10%, al pasar de 43,8 a 38,5. Con relación al grupo etario de 10-14 años, se observó un comportamiento constante para las dos vigencias al sostenerse la tasa en 1⁴⁷.

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

Las mujeres y las niñas en todas partes del mundo, tienen los mismos derechos y las mismas oportunidades para llevar una vida libre de violencia y discriminación. La igualdad y el empoderamiento de las mujeres, es uno de los 17 ODS y también en un elemento esencial de todas las dimensiones del desarrollo inclusivo y sostenible.⁴⁸

⁴⁶ *Ibidem*

⁴⁷ Sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la infancia y adolescencia de Bogotá D.C, año 2017.

⁴⁸ ONU MUJERES-ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality>

Bajo este contexto, es preciso mencionar que para la realización de este análisis en el nivel nacional, se identificaron dificultades para obtener resultados de su avance, por no contar con información disponible.

El objetivo abarca dos metas nacionales que también serán desarrolladas a nivel territorial.

La primera *“Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación”*, con dos indicadores asociados a la problemática objeto de estudio que serán analizados a continuación:

- Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que han sufrido en los 12 últimos meses violencia física, sexual o psicológica infligida por un compañero íntimo actual o anterior, por la forma de violencia y por grupo de edad.
- Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que han sufrido en los últimos 12 meses violencia sexual infligida por otra persona que no sea un compañero íntimo, por grupo edad y lugar del hecho.

Para los anteriores indicadores, el Distrito no ha identificado plenamente indicadores que permitan evidenciar su avance, sin embargo, consultados los SMIAS 2016-2017, se observó que existe información relacionada con el total de casos reportados por violencia en contra de NNA en el 2016, para la siguiente vigencia se hace referencia a número de NNA, víctimas de violencia intrafamiliar; de igual manera, incluye casos reportados por presunto delito sexual a 2016 y número de exámenes por presunto delito sexual en NNA para el 2017, pero en ninguna de las dos vigencias identifica quien fue el agresor, ni permite evaluar el comportamiento año a año. Respecto a lo anterior, el Distrito deberá unificar la información que le permita reportar la actuación de los indicadores para el cumplimiento del objetivo.

Del mismo modo, la segunda meta nacional *“Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen”* arrojó un indicador asociado a la temática, el cual se analizara a continuación:

- Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad, que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de

anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva: La información tal como está contenida en el indicador no se encuentra disponible. El SMIA reporta acciones llevadas a cabo por el Distrito, más no por el número de niñas que han recibido orientación sexual y reproductiva, así mismo el rango de edad del indicador difiere con el grupo etario registrado en el SMIA.

Finalmente, del análisis anteriormente efectuado tanto a los ODM como a los ODS involucrados en la problemática de embarazo en niñas y adolescentes, se concluyó lo siguiente:

En cuanto a ODM, Bogotá presentó cumplimiento en la mayoría de las metas propuestas, a pesar que en el nivel nacional, algunos indicadores presentaron atrasos significativos y ausencia de información para el logro de los objetivos a cumplirse en el 2015.

Con relación a ODS, Colombia presenta avances en el alistamiento para la implementación de la Agenda global del informe voluntario, a pesar de los atrasos en la implementación de los indicadores y de la falta de información actualizada. Así mismo, se ha observado compromiso para desarrollar indicadores que conlleven al crecimiento nacional. En este sentido, consultado los SMIAS de las vigencias 2016-2017 a nivel Distrital, se observa que existe información relacionada bajo los indicadores identificados con la problemática y que a su vez, algunos de estos presentan un comportamiento constante. Es de aclarar que pese a la expedición del Documento Conpes 3918 de 2018, todavía no se han implementado los lineamientos para que los territorios reporten el avance de los ODS.

En consecuencia, para el nivel Distrital la administración aún se encuentra trabajando en la construcción del reporte de información de indicadores y metas tanto del Documento Conpes, como de su relación con el Plan de Desarrollo-BMT que permitan su seguimiento.

En términos generales, así como el nivel de avance de los ODS, presentaron incertidumbre como consecuencia de la falta de información para algunos indicadores y la desactualización de los registros para otros, impidiendo identificar cual es la situación actual en la que se encuentra tanto el país como el Distrito; también se encontraron indicadores con resultados constantes y descensos positivos. Por lo tanto, es necesario que los estamentos encargados de articular, reportar y hacer seguimiento a los indicadores, produzcan resultados actualizados,

que permitan conocer y medir la evolución tanto para el nivel nacional como para el distrital.

Para el caso que nos ocupa, el embarazo en niñas y adolescentes, continúa siendo un problema social a nivel mundial, dado que esta problemática ocurre en todos los niveles socio-económicos, con predominio en los sectores de menor nivel de riqueza sobre todo en los países en desarrollo, afectando negativamente la edad media gestacional y la posibilidad de acceder a mejores trabajos, dado que la pobreza es uno de los factores que se asocia directamente a la problemática objeto de estudio, al igual que la desigualdad y las muertes relacionadas con el embarazo y el parto, convirtiéndose en una de las causas de mortalidad en mujeres entre 15 a 19 años.

3.3. EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), América Latina y el Caribe sorprenden a nivel mundial por sus elevadas tasas de fecundidad adolescente (de 15 a 19 años), posicionándose tan solo detrás de África Oriental-Meridional y África Occidental-Central como se puede observar en el Gráfico No. 2⁴⁹. Teniendo en cuenta que la tasa de fecundidad específica por edad, durante los últimos treinta años, ha venido disminuyendo de manera importante en gran parte de los grupos etarios de mujeres adultas mayores de 18 años; la tasa de fecundidad en población adolescente no ha experimentado la misma proporción en su disminución, sino que se ha registrado de manera más lenta respecto a otras regiones del mundo.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el UNFPA, precisaron que⁵⁰:

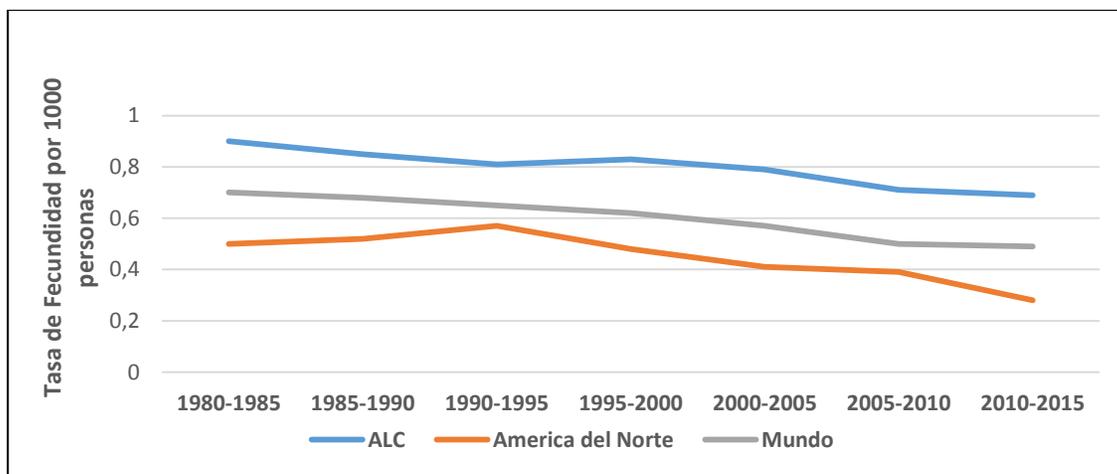
La evolución histórica de la tasa de fecundidad en adolescentes entre los 15 y 19 años en América Latina y el Caribe no tuvo grandes variaciones entre los años 1990 y 2000, seguido por una tendencia paulatinamente descendente durante los últimos 15 años. No obstante, entre los años 2010-2015, la Región registró la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo, con 66.5

⁴⁹ Informe UNFPA “Estado de la población mundial 2017 – Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad”.

⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Informe de Consulta Técnica: “Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe”. 2016, Washington, D.C., Estados Unidos.

nacimientos por cada 1000 adolescentes, a comparación del promedio mundial que registró cerca de 46 nacimientos por cada 1000 adolescentes. Comparando con los datos recopilados a nivel mundial y de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) se evidencia una tendencia muy lenta en la disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes en América Latina, tal como se observa en la siguiente gráfica.

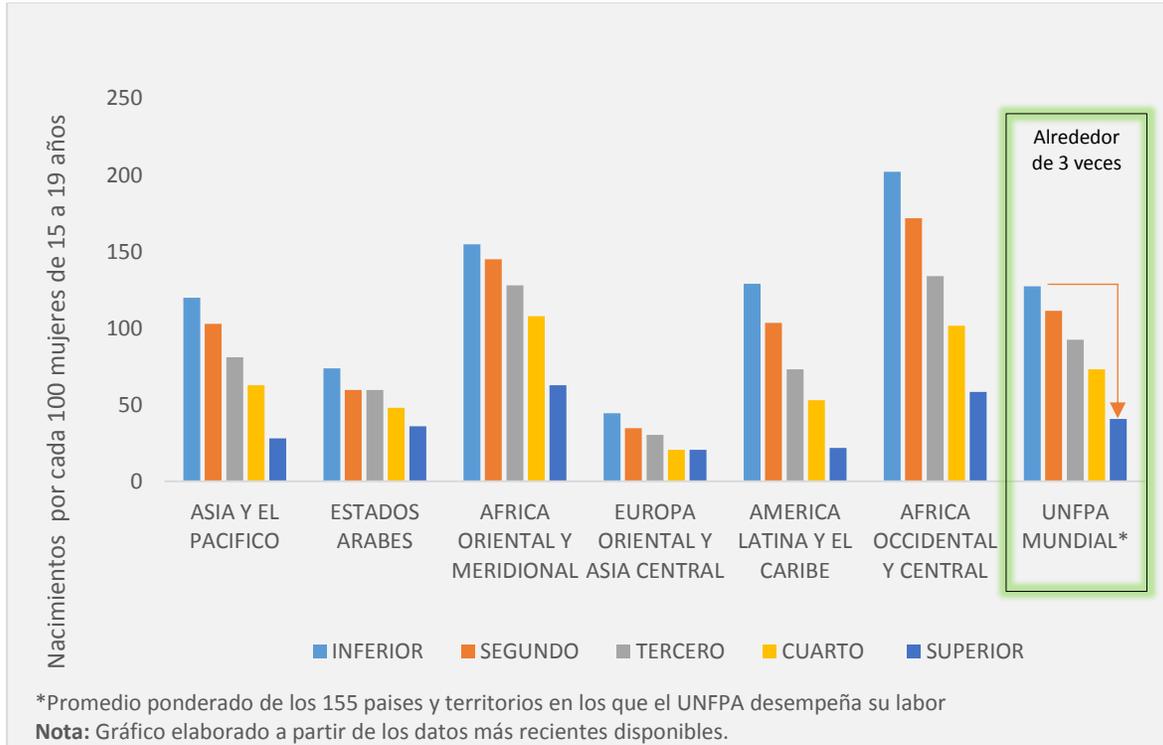
Gráfica No. 1: Evolución de la tasa de fecundidad en adolescentes (15-19 años) en el mundo, América de Norte (Estados Unidos y Canadá) y ALC, 1985-2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World population prospects: the 2015 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100 [“File FERT7”]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015.

Ahora bien, si se tiene en cuenta la tasa de fecundidad adolescente respecto a la concentración de riqueza, la región con mayor número de adolescentes embarazadas es África, seguido de América Latina. Adicionalmente, al momento de ponderar el indicador global para todas las regiones, se observa que las madres adolescentes que se encuentran en el quintil de riqueza más bajo triplican a aquellas en el quintil de riqueza superior.

Gráfica No. 2: Tasa de Fecundidad de las Adolescentes (De 15 A 19 Años), por Región.



Fuente: Informe UNFPA “Estado de la población mundial 2017 – Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad”.

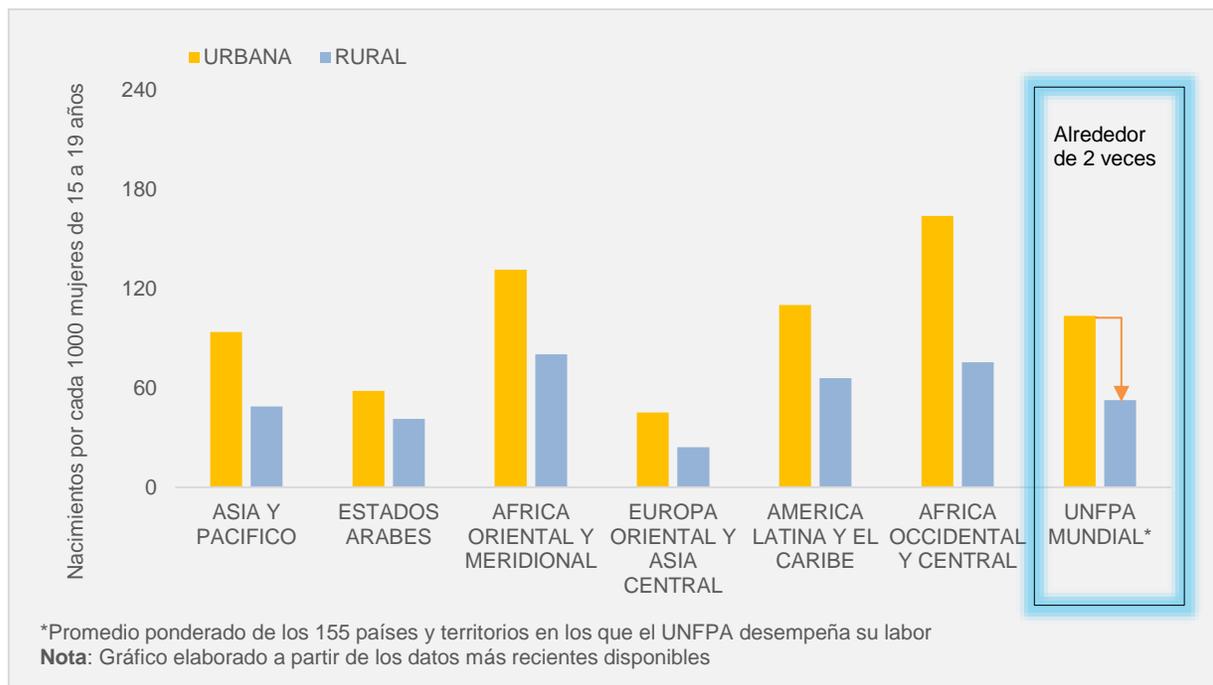
Así mismo, en los países en desarrollo, se registran alrededor de tres veces más embarazos entre las adolescentes de 15 a 19 años, que pertenecen al 20% de los hogares más pobres, que entre las del 20% que viven en las familias más acomodadas. Sumado a esto, la tasa de fecundidad de las adolescentes por cada 1.000 mujeres en las zonas rurales duplica, en promedio, la de las zonas urbanas.

Esto, debido a factores que caracterizan al entorno rural, como los bajos ingresos, bajos niveles de escolaridad, baja cobertura y mala calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva⁵¹.

⁵¹ Informe UNFPA “Estado de la población mundial 2017 – Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad”.

De esta manera, se puede inferir que a mayor nivel de pobreza, el número de adolescentes embarazadas se incrementa. Por tanto, las tasas elevadas de fecundidad de las niñas y adolescentes influyen en el aumento de la desigualdad en la esfera educativa, de participación económica y de ingresos.

Gráfica No. 3: Tasa de Fecundidad Adolescente de 15 a 19 años, por lugar de residencia



Fuente: Informe UNFPA “Estado de la población mundial 2017 – Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad”.

Igualmente, es importante resaltar que de los 7,3 millones de partos anuales en adolescentes menores de 18 años que tienen lugar en los países en desarrollo, 1,1 millones se dan entre niñas menores de 15 años. El 95% de los partos en la adolescencia se dan en países en desarrollo y 9 de cada 10 se producen en el seno del matrimonio o de una unión libre⁵².

Por otro lado, existen proyecciones recientes que plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo, y que se mantendrá estable durante el periodo 2020-2100⁵³. Es la región del mundo con más

⁵² <http://www.actitudfem.com/entorno/genero/mujeres/los-paises-con-mas-embarazos-adolescentes>

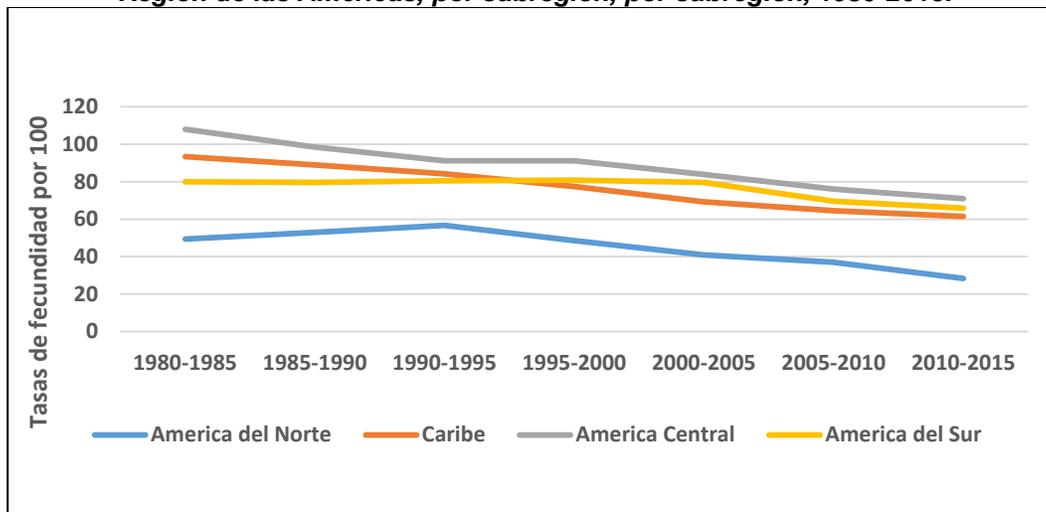
⁵³ Así se señala en un estudio “Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes” realizado en seis países de la región

embarazos adolescentes con una tasa del 16,5, seguida por África, con el 14,1, mientras que en Colombia el embarazo adolescente, en mujeres entre 15 y 19 años, presentó una reducción de dos puntos porcentuales, del 19 al 17⁵⁴.

Al interior del escenario regional, Centroamérica presenta la tasa más alta de fecundidad en adolescentes, seguida por Suramérica, la cual había venido presentando una tendencia estable cercana a los 80 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre los años 1980 y 2000; para seguidamente registrar una disminución cercana a los 65 nacimientos por 1000 adolescentes al año 2015.

Asimismo, sobresale el comportamiento del Caribe, que registró una importante disminución en sus tasas de fecundidad en adolescentes desde el año 1980 hasta el año 2000, en donde a partir del cual ha venido presentando una desaceleración en esa tendencia, como se observa a continuación.

Gráfica No. 4: Evolución Temporal de las Tasas de Fecundidad en Adolescentes en la Región de las Américas, por subregión, por subregión, 1980-2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World population prospects: the 2015 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100. Nueva York: Naciones Unidas; 2015.

por el Fondo de la ONU para la Infancia (UNICEF) y la organización Plan Internacional.

Fuente: http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=31532#_WTs6XeuGOUm

⁵⁴ Lo indicó el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria en I Conferencia de América Latina y del Caribe Latinoamericana para reducir inequidades en Salud Sexual y Reproductiva (LAC2016), el pasado 7 de septiembre en Cartagena.

De esta manera, los países con las tasas estimadas más altas de fecundidad en adolescentes de Centroamérica son Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe las tasas más altas se presentan en República Dominicana y Guyana; y en Suramérica, las tasas más altas las registran Venezuela y Bolivia⁵⁵.

Así mismo, en Brasil, se dan 89 embarazos precoces por cada mil mujeres, del mismo modo la tasa de nacimientos, entre 15 y 19 años, es mayor en las favelas más pobres. No obstante, según la Organización de las Naciones Unidas, Venezuela se ha ganado el primer lugar de Sudamérica, con el mayor número de embarazos adolescentes, de cada mil embarazadas, 91 son menores de 18 años, esto se debe a que la edad promedio en la que los jóvenes venezolanos inician su actividad sexual oscila entre los 12 y 14 años.⁵⁶

En efecto, el seguimiento realizado por el –UNFPA- a los indicadores seleccionados en los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), demostró que Colombia ocupa el sexto lugar respecto al embarazo adolescente, con una tasa de fecundidad de 84, precedida por países como Chile (52), Paraguay (63), Uruguay (64), Brasil y Perú (65) y Argentina (68). Mientras que Bolivia, Panamá y Venezuela ocuparon el séptimo, octavo y noveno lugar con unas tasas de 88, 91 y 95 respectivamente.⁵⁷

Para la subregión andina, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU)⁵⁸, señala que la subregión no se aparta de las características y tendencias regionales, pues de acuerdo a las estimaciones oficiales de las Naciones Unidas, tal como se señaló anteriormente, las tasas superan de manera significativa los promedios mundiales. Únicamente Chile y Perú, con tasas alrededor de 50 por cada 1000 adolescentes, se acercan al promedio mundial, el cual se encuentra en el orden de 46 por 1000; no obstante, ambos países presentan, en especial Chile, una fecundidad total inferior al promedio mundial, de 2.5 hijos por mujer. En el caso de Colombia, la situación es paradójica, pues registra una fecundidad total de 1.9, bastante inferior a la mundial, mientras que sus tasas de fecundidad adolescente son bastante superiores a la mundial, con 84 por cada

⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Informe de Consulta Técnica: “Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe”. 2016, Washington, D.C., Estados Unidos.

⁵⁶ <http://www.actitudfem.com/entorno/genero/mujeres/los-paises-con-mas-embarazos-adolescentes>

⁵⁷ Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años. Incluye encuestas realizadas entre 2006 y 2015. Informe UNFPA “Estado de la población mundial 2017 – Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad”.

⁵⁸ Informe “Diagnóstico de Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina 2016”

1000 adolescentes. Finalmente, Bolivia aun presenta una fecundidad total y de fecundidad adolescente por encima del promedio mundial, regional y suramericano⁵⁹.

Otra situación inquietante, es la que se ha venido presentando en las madres menores de 15 años. Históricamente este fenómeno se ha invisibilizado por estigma, ocultamiento y falta de datos. Sin embargo, en los últimos años, este fenómeno ha adquirido mayor relevancia, tanto estadística como mediáticamente, convirtiéndose claramente en una preocupación social y política⁶⁰.

En este sentido, el UNFPA estima que cerca del 2% de las mujeres en edad fecunda en América latina y el Caribe, tuvieron su primer parto antes de los 15 años, destacando a la región, como la única en el mundo en la que el embarazo por debajo de esta edad presenta una tendencia ascendente⁶¹.

De acuerdo con datos disponibles al 2010, cerca de 59.347 niñas entre 10 y 14 años habían sido madres en América Latina, lo que equivale al 0.34% de la población de esa edad. No obstante, estas cifras deben tratarse con cautela, pues pueden contener prácticas de sub-declaración por parte de las familias encuestadas durante los ejercicios censales⁶²

Igualmente, el UNFPA señala que la ocurrencia de nacimientos en adolescentes menores de 15 años es altamente preocupante, dado que en un año se presentaron aproximadamente 180 nacimientos en Uruguay, 674 en Paraguay, 900 en Chile, 3.000 en Argentina y 21.000 en Brasil. Estos nacimientos, al igual que sus madres, merecen un tratamiento, análisis y políticas sociales específicas que incluyan la prevención, debido a la complejidad y gravedad de sus causas.⁶³

Vale la pena señalar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) recalca que *“América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen*

⁵⁹ Rodríguez, J. (2016). El Embarazo Adolescente en la Subregión Andina: Una Visión Actualizada. Resumen Ejecutivo. Aporte de CELADE. Santiago: CELADE

⁶⁰ Rodríguez, J. (2014). “Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización”, en Suzana Cavenaghi y Wanda Cabella (organizadoras) Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa, ALAP, Serie e-Investigaciones n. 3, Río de Janeiro, Brasil, pp. 33-65

⁶¹ Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Fondo de Población de las Naciones Unidas(UNFPA). Diagnóstico de Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina 2016. Enero 2017.

⁶² Ibidem

⁶³ <http://lac.unfpa.org/es/news/embarazo-adolescente-una-realidad-que-interpela-gobiernos-del-cono-sur#sthash.S6vSsRq0.dpuf>

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. (...) Dichos programas no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento.” ⁶⁴

Así mismo, la OMS (2011), recomienda reducir los embarazos antes de los 20 años a través de intervenciones como el suministro de información, educación para la salud, educación que comprenda la sexualidad, desarrollo de habilidades para la vida, consejería sobre anticonceptivos, prestación de servicios conexos y creación de ambientes amigables⁶⁵. Lo anterior, bajo la consideración general de que esta problemática impide que las niñas y adolescentes puedan salir del círculo vicioso de la pobreza, en la medida en que tener un hijo en estas etapas de la vida podría desencadenar abandono de estudios, menos oportunidades de crecimiento laboral o el ingreso prematuro a la vida laboral.

Por último, es de resaltar que la situación de Colombia no dista de lo que ocurre en la región, por lo tanto, se necesita dar un salto de las intervenciones individuales orientadas al problema, a un enfoque de desarrollo que incluya elementos de protección con intervenciones de familia.

3.4. EN EL CONTEXTO COLOMBIANO

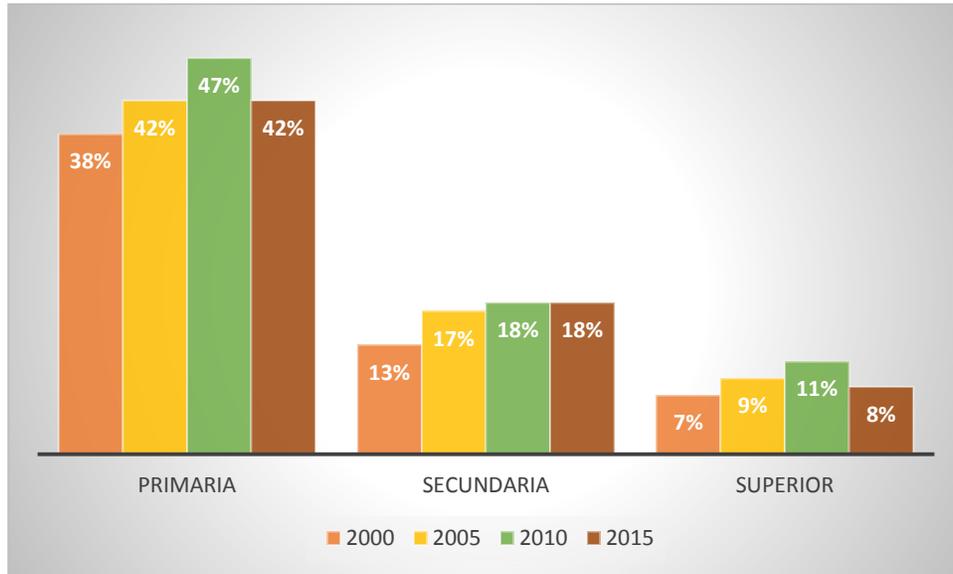
De acuerdo con información reportada en ENDS La tasa de fecundidad general del país ha disminuido en los últimos años, vale la pena mencionar que durante el año 2010 se explicaba básicamente por las menores tasas presentadas en Bogotá y en la región Central, en tanto que aumentaron en otras regiones, como la Orinoquía-Amazonía. En todos los casos, se mantienen las diferencias urbano/rural y aquellas reflejadas entre las mujeres sin educación y las más educadas; no obstante, para este último caso se aprecia un crecimiento en las tasas de embarazo adolescente en todos los niveles educativos⁶⁶, cuyo comportamiento se observa en la siguiente gráfica.

⁶⁴ Documento Conpes Social 147 Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Documento Conpes Social 147 Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación.

Gráfica No. 5: Porcentaje de embarazo adolescente por nivel de escolaridad 2000-2015.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000, 2005, 2010 y 2015. Documento Conpes Social 147 Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Gráfica elaborada por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá⁶⁷.

De lo anterior, se infiere que a mayor nivel educativo tenga el adolescente menor es el riesgo de quedar en embarazo. El mayor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas, se encuentra entre las adolescentes sin nivel educativo o con el menor nivel educativo (primaria), mientras que el menor porcentaje, se observa entre las adolescentes del nivel más alto de riqueza.

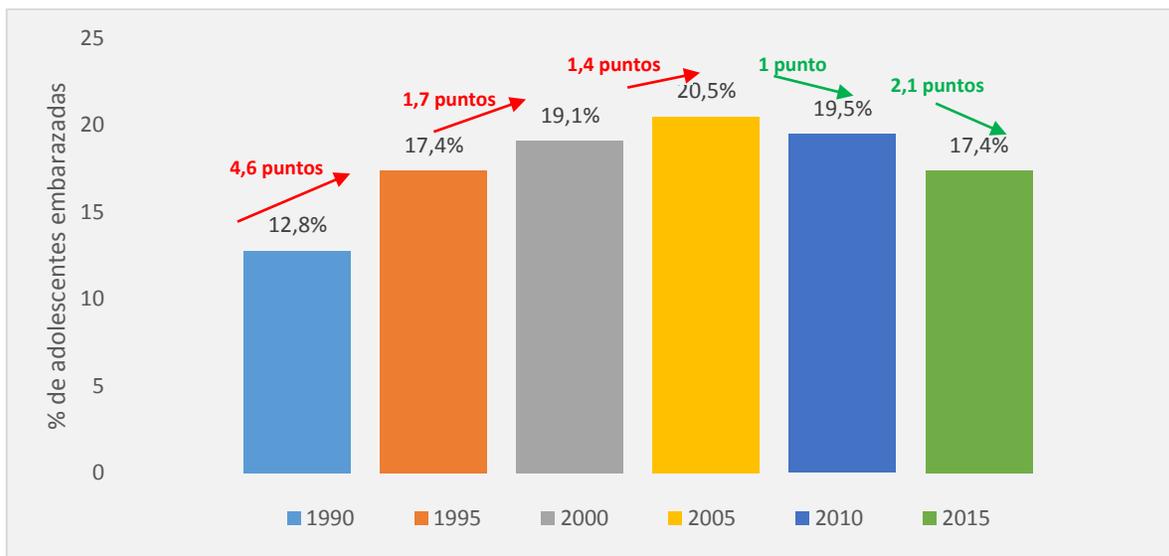
De otro lado, es importante resaltar que la fecundidad⁶⁸ en la adolescencia, se convierte en un problema de salud pública, cuando a partir de 1990 se detecta su tendencia sistemáticamente creciente, que encuentra el valor máximo en 2005. El descenso empieza a partir de 2010, como lo confirman los hallazgos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS– 2015 reflejada en la siguiente gráfica, en

⁶⁷ El equipo evaluador de la entidad se abstuvo de incorporar información de la ENDS relacionada con la variable de escolaridad “Sin educación”, dado que los datos presentan inconsistencias de confiabilidad.

⁶⁸ La fecundidad es la capacidad reproductiva de una población, y como tal es, tal vez, la variable de mayor incidencia en el crecimiento de una población y determinante de su estructura por edad. En demografía, el término “fecundidad” se refiere, casi siempre, al número de hijos e hijas que una mujer tendría a lo largo de su período reproductivo (generalmente entre los 15 a 49 años) si se comportara de acuerdo al patrón de fecundidad por edad y no estuviera afectada por la mortalidad. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015.

donde el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo o hija aumenta de 12.8% en 1990 a 20.5% en 2005, para luego disminuir a 19.5 % en 2010 y a 17.4 % en 2015⁶⁹.

Gráfica No. 6: Porcentaje de mujeres entre 15-19 años que han sido madres o están embarazadas. 1990-2015



Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015. Documento Conpes Social 147 Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Gráfica elaborada por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Los resultados indican que a nivel nacional, la Tasa Global de Fecundidad (TGF), sigue disminuyendo a un ritmo lento, llegando a dos hijas o hijos por mujer en 2015, con un patrón de fecundidad por edad típico del uso de control natal. Por sexo, las mujeres inician el rol reproductivo aproximadamente seis años más temprano que los hombres, aunque al final de la vida reproductiva tienen una paridez similar⁷⁰. El porcentaje de adolescentes, madres, o embarazadas del primer hijo o hija, confirma su tendencia decreciente, llegando a 17.4% en 2015, cuyo comportamiento se visualiza en el siguiente cuadro.

En Colombia, se evidencian avances importantes para revertir la tendencia del embarazo adolescente. Entre el 2012 y el 2017, el número de nacimientos en

⁶⁹ Resumen ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015.

⁷⁰ Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015.

mujeres de 10 a 19 años ha disminuido en un 18,5%, equivalente a 30.007 nacimientos, pasando de 162.437 nacimientos a 132.430 respectivamente⁷¹.

En cuanto al comportamiento desagregado por rango de edad de 10 a 14 años, se registraron 6.547 nacimientos en el 2012 y 5.804 en el 2017, es decir, una disminución del 11.3%. Mientras que en el grupo etario de 15 a 19 años, la reducción fue de 18.7%, presentando 155.890 nacimientos y 126.626 respectivamente⁷².

En consecuencia, se puede inferir que el grupo poblacional sobre el cual se impactó más la disminución, fue el comprendido en las edades de 15 a 19 años, es decir, que las acciones encaminadas no estuvieron dirigidas a la población menor de 14 años, sobre la cual es punible este delito.

Cuadro No. 1: Indicador de Fecundidad en Colombia 2015

FECUNDIDAD	TOTAL PAÍS	ZONA	
		URBANA	RURAL
Tasa global (total) de fecundidad (hijos por mujer)*	2.0	1.8	2.6
Promedio de hijos nacidos vivos en mujeres de 40-49 años (hijos por mujer)	2.7	2.5	3.7
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años madres o embarazadas del primer hijo.	17.4	15.1	24.8
Porcentaje de mujeres de 13 a 19 años alguna vez embarazada.	13.8	12.2	18.6
Porcentaje de hombres de 13 a 19 años con un hijo o más.	1.5	1.4	1.9

*Es el número de hijos que una mujer tendría a lo largo de su periodo reproductivo si se comportara de acuerdo al patrón de fecundidad por edad de un año o periodo específico y no estuviera afectada por la mortalidad. Se expresa por mujer. En esta encuesta se toma como base los partos de mujeres de 15 a 49 años durante los 3 años que precedieron la encuesta.

Fuente: Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015.

De acuerdo a la ENDS 2015, el país ha venido experimentado en este proceso de transición demográfica que el nivel de fecundidad ha disminuido y el patrón de fecundidad se ha rejuvenecido. Los mayores descensos en fecundidad se dieron en el siglo pasado y particularmente entre 1960-65 y 1980-85, períodos en los cuales la fecundidad baja de 6.8 a 3.7 hijos e hijas por mujer, es decir, se reduce en casi un 50 % en 20 años. En el presente siglo, el ritmo del descenso de la fecundidad se vuelve cada vez más lento, disminuye de 2.6 en el 2000 a 2.0 en el 2015. Así,

⁷¹ DANE – Estadísticas Vitales, años 2012 y 2017. Nacimientos por Grupos de Edad de la Madre, según Departamento de Residencia de la Madre.

⁷² Ibidem.

durante los últimos 15 años, la fecundidad desciende solo un poco más de medio hijo, sin embargo, el nivel de fecundidad de 2.0 hijos e hijas por mujer logrado en 2015 está por debajo del nivel de reemplazo (2.1 hijos e hijas por mujer), nivel que se logró en 2010.

Del mismo modo, la Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años, está por encima de la Tasa General de Fecundidad, lo cual muestra una continuidad en sus altos niveles a pesar de su lenta disminución, situación que permite deducir que las estrategias utilizadas por la administración no han impactado de manera efectiva en este importante ciclo poblacional.

De igual manera, acorde con el descenso en la Tasa General de Fecundidad en la (TGF) y la Tasa Bruta de Natalidad (TBN), disminuyen de manera lenta pero sistemáticamente, llegando en 2015 a 70 nacimientos por mil mujeres de 15 a 49 años y a 16.4 nacimientos por mil habitantes, respectivamente, tal como se detalla a continuación.

Cuadro No. 2: Tasas específicas por edad, tasas acumuladas de fecundidad y tasa bruta de natalidad, para los tres años que precedieron a la ENDS, por residencia urbana-rural, Colombia 2015

Edad e indicador	Zona		Total 2015	Total 2010	Total 2005
	Urbana	Rural			
15-19	62	118	75	84	90
20-24	100	156	112	122	132
25-29	87	111	92	100	116
30-34	67	73	68	70	77
35-39	37	45	38	38	46
40-44	8	13	9	12	15
45-49	1	2	1	2	2
Tasa Global de Fecundidad ¹	1.8	2.6	2.0	2.1	2.4
Tasa General de Fecundidad ²	63	96	70	74	83
Tasa Bruta de Natalidad ³	15.7	18.5	16.4	18	20

¹ La tasa global está expresada en nacimientos por mujer.

² La tasa general (nacimientos divididos entre el número de mujeres de 15 a 49 años), está expresada en nacimientos por 1,000 mujeres.

³ La tasa bruta está expresada en nacimientos (de mujeres de 15 a 49 años) por cada 1,000 habitantes.

Fuente: Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015.

No obstante, el patrón de fecundidad por edad para la vigencia 2015, en el anterior cuadro muestra resultados con un pico temprano en el grupo de edad de los 20 a

24 años. Situación que no se dio en la primera mitad de la década de 1960, antes del inicio de la Transición Demográfica donde el patrón de fecundidad tenía un pico de los 25 a 29 años⁷³. En consecuencia, los mayores descensos en fecundidad por edad se han dado en las mujeres por encima de los 25 años, es decir, que el mayor aumento en la contribución esta dado en las mujeres menores de 25 años a la fecundidad total. Este comportamiento puede estar asociado a una fecundidad regulada por el control natal, para limitar más que para extender la edad de embarazo temprano o espaciar el número de hijos.

De acuerdo a las cifras reportadas por la Unicef en el indicador “Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han sido madres o están en embarazo”, reflejan que la meta propuesta del 15% para la vigencia 2015⁷⁴, no se cumplió a nivel nacional toda vez que el porcentaje alcanzado fue de 17,4%. Es decir, que comparando este resultado con la línea base que mantenía el país en el 2010 del 19,5%, se obtiene que el indicador solo disminuyó un 2,1% en 5 años; caso contrario muestran los resultados para Bogotá, donde el porcentaje alcanzó un 12,2%⁷⁵ con relación a la meta propuesta a nivel nacional, como se detalla a continuación.

Cuadro No. 3: Indicadores asociados a la meta nacional: Aumentar la promoción de la salud sexual

Indicadores	Colombia			Bogotá	
	Línea base	Situación actual	Meta a 2015	Situación actual 2015	Avances a 2015
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están embarazadas.	12,80%	19,50%	<15%	12,2	100%
	1990 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		2015 ⁽¹⁾	

(1) PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS. Encuesta quinquenal. (Seguimiento con Estadísticas Vitales).

Fuente: Indicadores Nacionales, Departamento Nacional de Planeación DNP – Informe de seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio cierre 2015.

En este mismo sentido, cabe anotar que encuestas como la de Demografía y Salud 2015 destaca cifras para la Capital del país relacionadas con el grupo etario de 15 a 19 años, en donde el 8,8% de las mujeres en Bogotá han tenido al menos un hijo, mientras que el 2,4% de los hombres ha tenido al menos uno. Adicionalmente, esta misma encuesta coincide con el documento de cierre de los ODS 2015, en el que se menciona que el 12,2% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas de su primer hijo.

⁷³ Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015.

⁷⁴ Informe UNICEF, abril 2014. 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.

⁷⁵ Documento Objetivos de Desarrollo del Milenio Cierre 2015. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

4. VULNERACIÓN DE DERECHOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Conocido el contexto de la problemática en diferentes niveles geográficos, es pertinente tener en cuenta que el embarazo a temprana edad, conduce a una transgresión de derechos en la vida de una niña o adolescente, que ve impactado su proyecto de vida sin distinción de su posición social, económica, educativa y de salud.

Así mismo, es importante reconocer el derecho de las mismas en la toma de complejas decisiones sobre su vida, salud y cuerpo (asumir la maternidad, interrumpir el embarazo o entregar su hijo en adopción⁷⁶), previendo su nivel de conciencia sobre los efectos que esta situación traerá sobre su futuro a corto, mediano y largo plazo.

En este sentido, la Corte Constitucional a través de la Sentencia C-355/06, reconoce que las menores de edad pueden acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, pues de lo contrario se vulneraría su derecho al libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y la dignidad; y para el caso de niñas menores de 14 años en estado de gravidez, no se puede impedir su derecho a exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no estén de acuerdo con su decisión, presumiéndose que la menor de edad está inmersa en la causal de violencia sexual⁷⁷. En consecuencia, las instituciones del sistema de salud deben respetar la decisión de la menor, para garantizar el acceso al sistema.

Por lo tanto, una niña o adolescente embarazada podría ver vulnerados derechos o estar sometida a enfrentar amargas experiencias como⁷⁸:

- Vulneración del derecho a la igualdad: cuando la pareja, el entorno social, familiar somete a la adolescente a duras sanciones (humillaciones y estigmatizaciones – maltrato psicológico); así como cuando en su entorno

⁷⁶ Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. UNFPA-Ministerio de salud y protección social

⁷⁷ ABECÉ, Línea Salud Materna-Derecho a la maternidad elegida. Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Ministerio de Salud. Grupo sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de promoción y prevención. Junio de 2016.

⁷⁸ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018 y Respuesta oficio SDIS- SAL - 47627 de fecha 18/05/2018.

escolar recibe un trato distinto al de sus compañeros por su condición de gravidez.

- Vulneración del derecho a la familia: cuando la familia de la adolescente embarazada decide expulsarla de su hogar por su estado de gravidez.
- Vulneración del derecho a la educación: cuando a una adolescente se le restringe o impide la asistencia a los centros educativos para su aprendizaje o cuando la misma, es presionada por el entorno a abandonar sus estudios afectando su formación educativa.
- Vulneración del derecho a la vida: cuando una adolescente no recibe la información adecuada y/o la asistencia médica oportuna, podría poner en peligro su vida y la del menor que lleva en su vientre.
- Vulneración del derecho a la salud: cuando la adolescente embarazada no puede acceder a los servicios médicos por limitaciones económicas, restricciones por parte de sus padres, pareja o cuidadores que le impidan asistir a sus controles.
- Vulneración del derecho a la información: cuando una adolescente embarazada no recibe información oportuna sobre las opciones que brinda el Estado respecto al embarazo, por ejemplo la información sobre la posibilidad de dar su hijo en adopción, sobre interrupción voluntaria del embarazo o sobre riesgos y servicios a los que puede acceder si decide continuar con su embarazo.
- Vulneración del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo: cuando la pareja, el entorno o el personal médico deciden negar la posibilidad de interrumpir su embarazo cuando la adolescente lo desee y esté acorde a las tres causales que dicta la Sentencia C-355/06.
- Mayor exposición a la violencia y abuso.
- Mayor tendencia a permanecer en la pobreza (dificultades económicas).

En los anteriores casos, en el evento de ser identificados alguno de ellos durante la prestación de los servicios del sector Integración Social, que presuman situaciones de riesgo físico, social, comportamental o vulneración de derechos, se adelantan acciones para la activación de la Ruta Administrativa de Restablecimiento de Derechos con las autoridades competentes de conformidad con lo dispuesto en la Circular Interna 036 de 2016 *“Procedimiento de deber de denuncia”*.

Esta ruta se activa según la situación que se identifique con la autoridad respectiva, llámese: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– / Comisaria de familia / Centro de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual –CAIVAS de la Fiscalía General de la Nación, las cuales, según sus competencias adelantarán

medidas urgentes en pro del restablecimiento de los derechos presuntamente vulnerados.

Sobre el particular, es preciso recordar en este capítulo que en el marco de la Política pública de Infancia y Adolescencia 2011-2021, “El restablecimiento de los derechos determina la obligación radicada en cabeza del Estado, en su conjunto, de reintegrar la dignidad e integridad que como sujetos tienen los niños, niñas y adolescentes, además de su capacidad para hacer un ejercicio efectivo de los derechos que le han sido vulnerados. Así, las autoridades públicas, deben informar, oficiar o conducir ante la policía, las defensorías de familia, las comisarías de familia o en su defecto, a los inspectores de policía o las personerías municipales o distritales, a todos los niños, las niñas o los adolescentes que se encuentren en condiciones de riesgo o vulnerabilidad, para que la autoridad competente asegure que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar garantice su vinculación a los servicios sociales implementados para tal fin”.⁷⁹

Por lo anterior, las acciones de restablecimiento y garantía de derechos que se han atribuido a las Comisarías de Familia⁸⁰, deben responder a la protección integral y prevalencia de derechos de las niñas menores de 14 años de edad, respecto de quienes se presume han sido víctimas de violencia sexual, desplegando las acciones constitucionales de protección reforzada que en cada caso correspondan.

De esta manera, se actúa en el restablecimiento de derechos como:

- Restauración de la dignidad.
- Restauración de la integridad de las niñas o adolescentes.

De igual manera, la administración manifiesta que las actuaciones preliminares de protección son:

- Identificación de la niña, su edad, red familiar y circunstancias particulares.
- Verificación del estado de sus derechos.
- Identificación del hecho en tiempo, modo y lugar para resguardar pruebas.
- Determinación de la atención en medicina legal para resguardar pruebas.
- Remisión a salud para atención prioritaria e identificación de estado de gestación.
- Medidas urgentes y/o provisionales de protección.

⁷⁹ Informe Sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la Infancia y la adolescencia de Bogotá D.C – vigencia 2016. CODIA. SMIA de abril 2017.

⁸⁰ La SDIS cuenta con 36 comisarías de familia en el Distrito Capital, donde se garantiza el restablecimiento de los derechos de las víctimas de violencia intrafamiliar que solicitan el servicio, así mismo cuando se tiene conocimiento de niñas menores de 14 años víctimas de violencia sexual. Respuesta oficio SDIS- SAL - 47627 de fecha 18/05/2018

- Remisión ante el ICBF en caso de que el hecho haya ocurrido fuera del contexto de la VIF.

Para el caso de los adolescentes varones, esta situación de convertirse en padres a temprana edad también puede conducirlos a la deserción escolar, a tener limitaciones en la obtención de mejores oportunidades de vida⁸¹ e iniciar una vida laboral anticipada.

⁸¹ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

5. EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD POR PLAN DE DESARROLLO.

En la Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá D.C 2011-2021, la garantía de los derechos de la niñez se fundamenta en la diversidad de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) que habitan la ciudad, constituida por las múltiples características, condiciones y situaciones que los hacen diferentes⁸².

Esta diversidad atiende estas particularidades mediante el enfoque diferencial que *“exige garantizar condiciones de igualdad real mediante la incorporación de criterios de análisis que tengan en cuenta necesidades y circunstancias específicas por razones de género, edad, grupo étnico, nivel de educación, discapacidad o cualquier otra variable relevante”*⁸³.

Bajo este contexto, en el marco de la PPIA la temática está abordada en su Primer Eje *“Niños, niñas y adolescentes en ciudadanía plena”*, componente *“Sexualidad y recreación de la vida”* y se propone reconocer la sexualidad como una dimensión del desarrollo de los NNA desde la primera infancia, infancia y adolescencia, la cual se cristaliza en el Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos –BMT, mediante el programa distrital para la *“Prevención y atención de la maternidad y la paternidad tempranas”*, el cual hace parte del Pilar I *“Igualdad de calidad de vida”*, cuyo propósito es propiciar la igualdad y la inclusión social, reconociendo que el embarazo adolescente representa afectaciones a los nuevos padres tanto en su proyecto de vida como en sus oportunidades.

El capítulo abordará esta problemática desde los resultados alcanzados por el Plan de Desarrollo Bogotá Humana – BH hasta la mirada que le da el Plan de Desarrollo-BMT incluyendo los avances alcanzados a 2017, pasando por un recuento del informe de Infancia y adolescencia correspondiente a la vigencia 2016, incorporando la actualización de las cifras a corte 31 de diciembre de 2017.

Para comprender la evolución del comportamiento que ha tenido el Distrito Capital en materia de población vs nacimientos en adolescentes entre 10 y 19 años, es importante anotar que revisadas las proyecciones poblacionales del DANE para el periodo comprendido entre los años 2011 y 2017, se encontró lo siguiente:

⁸² Documento “Política de infancia y adolescencia en Bogotá D.C 2011-2021”. Desarrollado por el Comité Operativo distrital de Política Social.

⁸³ Ibidem.

Para la vigencia 2011, Colombia contaba con 8.796.962 adolescentes, de los cuales 1.279.169 (14,54%) correspondían a la ciudad de Bogotá y de estos el 49,15% es decir 628.737 eran mujeres. Mientras tanto, en el año 2017, en Colombia existían 8.555.440 adolescentes, de los cuales 1.235.337 (14,43%) pertenecían al Distrito Capital y de estos el 49,01% es decir 605.510 eran mujeres.

Ahora bien, cruzando esta información con los datos de *“Estadísticas vitales del DANE”* para el año 2011, en la ciudad de Bogotá, se obtiene que el total de nacimientos en general fue de 107.007 y de nacimientos en adolescentes entre 10 y 19 años fue de 19.573 respectivamente. Es decir, que en la capital del país, los nacimientos en adolescentes representaron el 18,29% respecto del total de nacimientos del Distrito.

No obstante, la ciudad para el año 2017, registró 91.850 nacimientos en general frente a 12.324 nacimientos en adolescentes entre 10 y 19 años. De manera que en el Distrito Capital, los nacimientos en adolescentes representaron el 13,41% del total de nacimientos en Bogotá.

En consecuencia, los nacimientos en adolescentes entre 10 y 19 años para el periodo 2011-2017, presentaron una disminución del 4,88% respecto al total de nacimientos en la ciudad de Bogotá. Sin desconocer que los esfuerzos llevados a cabo por la administración distrital han alcanzado un avance, este ha sido insuficiente, toda vez que el número de nacimientos en adolescentes continúa siendo representativo frente al total registrado.

Con relación a este punto es preciso ilustrar la tasa específica de fecundidad por localidades 2011 y 2017, con el propósito de observar los cambios llevados a cabo en el transcurso del periodo.

De otra parte, el presente capítulo también trajo a colación el análisis realizado en el pasado informe de infancia y adolescencia, recogiendo el indicador formulado por la Procuraduría General de la Nación⁸⁴ *“% de embarazos en mujeres adolescentes menores de 18 años”*, el cual no registró información y las cifras relacionadas en informes de la administración dieron cuenta del número de embarazos y nacimientos, más no del porcentaje de embarazos, lo cual impidió su medición. Debido a lo anterior, se tomó el indicador *“Número de nacimientos en niñas y adolescentes”*, sobre el cual se actualizaron las cifras a 2017.

⁸⁴ Proceso de rendición pública de cuentas sobre la gestión para la garantía de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud. Indicadores sociales y gasto público social. Estrategia Hechos y Derechos.

Es preciso aclarar que sobre este tema en particular, la administración de la Bogotá Humana argumentó e hizo evidente la dificultad y el posible subregistro que se podría presentar para la medición del indicador de embarazos. Dado lo anterior, el cálculo se efectuó a través del número de nacimientos en las adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años.⁸⁵

La siguiente gráfica en su línea de base, contempla los periodos de las dos últimas administraciones (BH y BMT) y revela una disminución de más de la mitad de nacidos vivos en madres adolescentes entre 10 y 19 años del 37,03%, pasando de 19.573 en 2011 a 12.324 en 2017.

Gráfica No. 7: Número de Nacimientos en Adolescentes por Grupo de Edad de la Madre - Bogotá 2011-2017.



Fuente: DANE - Estadísticas Vitales. Estadísticas por tema. Salud. Nacimientos y Defunciones. Nacimientos.

Gráfica elaborada por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

*Datos preliminares corte a 31 de diciembre de 2017 (publicadas el 28 de marzo de 2018)

Analizando el comportamiento de los nacimientos en adolescentes para el periodo 2011 – 2017, de la gráfica anterior, se puede observar que el grupo de madres adolescentes de 15 a 19 años ha venido en escala descendente, representando una reducción del 37,1%, equivalente a 7.098 nacimientos.

⁸⁵ Informe de indicadores de impacto Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016. Vigencia 2013 y 2015

De igual manera, se destaca la vigencia 2017, por ser la de mayor reducción respecto al año 2016 con 1.737 nacimientos⁸⁶, donde se identificaron que las seis localidades con el mayor número de casos fueron: Ciudad Bolívar (n=1.804), Kennedy (n=1.706), Bosa (n=1.526), Suba (n=1.314), Usme (n=984) y San Cristóbal (n=931)⁸⁷.

Así mismo, se evidencia una tendencia a la disminución del 33,1% en los nacimientos de adolescentes menores de 14 años, equivalente a 151 casos⁸⁸, la vigencia 2012, presentó el mayor registro del periodo. Para la vigencia 2017, las seis localidades con el mayor número de casos fueron: Ciudad Bolívar (n=50), Bosa (n=49), Usme (n=33), Kennedy (n=32), Suba (n= 24) y San Cristóbal (n=21)⁸⁹

En efecto, la gráfica evidencia que dentro del grupo objeto de análisis, la mayor participación de nacimientos recae en la población de madres adolescentes con rango de edad entre los 15 a 19 años. Del mismo modo, según informe de la Administración Distrital se evidenció que esta misma población de adolescentes es la que presentó las tasas de fertilidad más altas por localidad, presentando para el 2016 a Sumapaz (3,5); Usme (2,3), Ciudad Bolívar (1,7) y Tunjuelito – Rafael Uribe (1,6) como los territorios más críticos en el grupo etario de 10 a 14 años. Mientras que para el grupo de 15 a 19 años, se destacaron Usme (76,2); San Cristóbal (64,8) y Ciudad Bolívar (62,7). Es decir, que la vigencia tuvo un comportamiento en el que tanto las localidades más críticas como la posición que obtuvieron en uno u otro grupo poblacional varió, resaltando a Usme y a Ciudad Bolívar como aquellas que se mantuvieron entre las primeras sin importar el lugar dentro del ranking.

En este mismo sentido, la vigencia 2017, registró entre las tres primeras localidades con mayores tasas de fertilidad en la población de 10 a 14 años a La Candelaria (5,0); Usme (2,2) y Teusaquillo (2,0). Por su parte, para el grupo de 15 a 19 años se predominaron Santafé (68,8); Usme (64,8) y Rafael Uribe (58,6) como las localidades más fértiles de la ciudad. En consecuencia, llama la atención la localidad de La Candelaria que pasó de registrar una tasa de 0,0 en la vigencia anterior a 5,0 para el año 2017 en la población menor de 14 años, donde se configura el delito

⁸⁶ Datos preliminares DANE. Cifras con corte a 31 de diciembre de 2017 (publicadas el 28 de marzo de 2018). <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>

⁸⁷ Respuesta oficio SDS No. 2018EE51735 de fecha 18/05/18. Datos tomados de las bases de datos del DANE-RUAF-ND. Sistema de estadísticas vitales-análisis demográficos.

⁸⁸ <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>

⁸⁹ Informe Sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la Infancia y la adolescencia de Bogotá D.C – vigencia 2016. CODIA. SMIA de abril 2017.

punible. Por su parte Usme se mantuvo como la única localidad que permaneció dentro de las mayores tasas en ambas vigencias y grupos etarios.

Finalmente, vale la pena señalar que a pesar de las cifras anteriormente expuestas durante las dos vigencias, la ciudad presentó una disminución del 12,1% en la tasa de fertilidad por localidad respecto a la población más fértil (15 a 19 años), además de que en promedio las tres mayores tasas también registraron un comportamiento descendente de 5,74%.

Con relación al comportamiento de las localidades que para el periodo 2012-2017 tuvieron mayor participación en los nacimientos discriminados por rangos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 4: Nacimientos por Localidad de Residencia -Edad de la Madre 2012-2017

LOCALIDAD	2012					2013					2014					2015					2016					2017				
	10-14 AÑOS	%	15-19 AÑOS	%	Total NV	10-14 AÑOS	%	15-19 AÑOS	%	Total NV	10-14 AÑOS	%	15-19 AÑOS	%	Total NV	10-14 AÑOS	%	15-19 AÑOS	%	Total NV	10-14 AÑOS	%	15-19 AÑOS	%	Total NV	10-14 AÑOS	%	15-19 AÑOS	%	Total NV
01- USAQUEN	19	0,31	662	10,63	6226	10	0,17	591	9,90	5969	23	0,38	550	9,10	6046	17	0,27	546	8,576814	6366	21	0,34	480	7,71	6225	15	0,26	455	7,74	5875
02-CHAPINERO	2	0,10	157	7,54	2082	4	0,20	167	8,48	1969	3	0,15	136	7,02	1937	2	0,10	113	5,864037	1927	2	0,10	115	5,63	2044	5	0,26	88	4,52	1949
03-SANTAFE	9	0,53	399	23,64	1688	13	0,77	355	21,03	1688	4	0,24	266	16,21	1641	7	0,45	269	17,46753	1540	6	0,44	247	18,06	1368	4	0,26	236	15,26	1547
04-SAN CRISTOBAL	51	0,79	1485	22,88	6491	28	0,46	1421	23,18	6129	28	0,44	1382	21,95	6296	30	0,50	1219	20,2223	6028	23	0,40	1079	18,65	5785	21	0,40	931	17,92	5194
05-USME	33	0,55	1530	25,47	6006	28	0,50	1426	25,57	5577	31	0,58	1292	24,22	5334	28	0,51	1244	22,73807	5471	34	0,62	1176	21,30	5522	33	0,64	984	18,94	5195
06-TUNJUELITO	12	0,41	570	19,45	2931	9	0,31	558	19,07	2926	11	0,40	490	17,61	2783	10	0,37	441	16,27907	2709	11	0,42	394	15,06	2617	8	0,33	344	14,27	2410
07-BOSA	51	0,49	2311	22,24	10393	43	0,43	2227	22,03	10109	48	0,49	1904	19,26	9886	49	0,47	1925	18,44576	10436	40	0,40	1809	17,97	10069	49	0,52	1526	16,23	9401
08-KENNEDY	82	0,52	2724	17,44	15621	43	0,28	2540	16,68	15227	57	0,38	2333	15,49	15065	54	0,36	2137	14,23812	15009	33	0,23	1902	13,45	14145	32	0,24	1706	12,81	13321
09-FONTIBON	17	0,38	581	13,12	4427	16	0,37	540	12,33	4380	9	0,20	515	11,72	4395	9	0,21	430	10,08916	4262	6	0,14	407	9,67	4210	8	0,21	331	8,82	3752
10-ENGATIVA	21	0,22	1298	13,48	9631	18	0,19	1243	13,05	9524	15	0,15	1136	11,29	10061	17	0,18	1011	10,7771	9381	19	0,22	854	9,69	8809	13	0,16	717	8,86	8095
11-SUBA	47	0,33	2095	14,50	14448	62	0,42	2011	13,69	14694	45	0,30	1849	12,47	14833	29	0,20	1705	11,50084	14825	27	0,20	1436	10,44	13759	24	0,18	1314	9,99	13158
12-BARRIOS UNIDOS	6	0,36	210	12,51	1679	3	0,18	196	11,52	1702	0,00	175	10,71	1634	3	0,19	134	8,524173	1572	0,00	111	7,14	1555	0	0,00	115	7,96	1445		
13-TEUSAQUILLO	3	0,25	86	7,06	1218	2	0,15	103	7,59	1357	2	0,13	78	5,25	1487	1	0,08	61	4,6851	1302	3	0,24	70	5,61	1248	7	0,60	64	5,50	1163
14-MARTIRES	8	0,61	253	19,43	1302	11	0,91	199	16,38	1215	20	1,56	228	17,80	1281	20	1,71	196	16,73783	1171	2	0,18	143	13,08	1093	5	0,48	152	14,73	1032
15-ANTONIO NARIÑO	5	0,45	176	15,71	1120	6	0,45	232	17,30	1341	3	0,23	211	16,48	1280	4	0,33	153	12,80335	1195	4	0,33	164	13,39	1225	1	0,10	97	9,36	1036
16-PUENTE ARANDA	6	0,20	380	12,49	3042	4	0,13	426	13,84	3079	6	0,19	387	12,16	3183	4	0,13	304	9,857328	3084	4	0,14	264	9,27	2849	2	0,08	209	8,69	2404
17-CANDELARIA	1	0,26	72	18,60	387	7	1,85	64	16,89	379	2	0,48	69	16,67	414	3	0,87	54	15,69767	344	0,00	43	16,67	258	3	1,04	36	12,46	289	
18-RAFAEL URIBE	26	0,45	1241	21,48	5777	32	0,55	1213	20,92	5797	22	0,40	1120	20,35	5504	23	0,43	1032	19,18572	5379	22	0,41	865	16,08	5379	24	0,51	808	17,30	4671
19-CIUDAD BOLIVAR	82	0,76	2847	26,47	10757	85	0,84	2554	25,36	10070	86	0,81	2566	24,29	10563	56	0,54	2298	22,26528	10321	55	0,56	2046	20,89	9792	50	0,53	1804	19,17	9409
20-SUMAPAZ		0,00	8	18,18	44	1	2,44	13	31,71	41	1	2,86	9	25,71	35		0,00	4	10,81081	37	1	2,94	6	17,65	34	0	0,00	8	26,67	30
SIN DATO DE LOCALIDAD	1	2,27	13	29,55	44	2	3,13	12	18,75	64	1	0,54	51	27,72	184	1	0,24	103	24,58234	419	2	0,28	151	21,48	703	0	0,00	55	18,58	296
Total Bogotá	482	0,46	19098	18,13	105314	427	0,41	18091	17,52	103237	417	0,40	16747	16,13	103842	367	0,36	15379	14,963	102778	315	0,32	13762	13,94	98689	304	0,33	11980	13,07	91672

Fuente: Dirección de Epidemiología - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública -SDS. 2008-2016: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Año 2016 preliminar. 2017 Aplicativo -RUIAF-ND -Sistema de estadísticas vitales SDS. Datos preliminares.

Se refleja que Ciudad Bolívar ha venido ocupando siempre el primer lugar para los dos grupos etarios del periodo en análisis, no significando que sea la localidad con mayor disminución de casos. También se evidenció que a pesar de la disminución presentada en el periodo de referencia, las cifras siguen siendo altas y el grupo etario menor a 14 años se sigue manteniendo con cifras alarmantes, teniendo en cuenta que es allí donde se constituye el delito penal de acceso carnal o acto sexual abusivo. Finalmente, la vigencia 2012 fue la que presentó mayor número de casos.

- Edades de 10 a 14 años: Ciudad Bolívar mostró una disminución en cuanto a número de casos de 39%, Bosa con 3,9%, Usme no presentó disminución manteniéndose con 33 casos, Kennedy con 60,9%, Suba con 48,9% y San Cristóbal con 58,8%. Observándose a Kennedy como la localidad que mayor aportó en sus acciones para disminuir la problemática; y a las localidades de Barrios Unidos, Antonio Nariño y Puente Aranda como las de menor número de nacimientos.

Es decir, para el 2017 el 69% de los nacimientos en Bogotá para este rango de edad se concentraron en estas 6 localidades, situación que está directamente relacionada a las condiciones de vulnerabilidad social, económica y cultural de las niñas y adolescentes de la capital.

- Edades de 15 a 19 años: Ciudad Bolívar presentó una disminución de casos de 36,6%, seguido de Kennedy y San Cristóbal con 37,3% cada una, Bosa con 33,9%, Suba con 37,2%, Usme con 35,6%. Situación similar a la presentada en el grupo etario anterior, se refleja en Kennedy nuevamente y San Cristóbal cuyos esfuerzos fueron los más notorios. Mientras que las localidades de Sumapaz, La Candelaria y Teusaquillo se destacaron por ser las de menor cantidad de nacimientos.

Para el año 2017, el porcentaje de nacimientos en este rango poblacional fue el mismo que el registrado para el grupo etario menor a 14 años en la ciudad, es decir 69%.

Las razones de esta disminución se asocian a la misma justificación del anterior grupo poblacional, es decir, a las estrategias y acciones del Programa Distrital de “Prevención y atención de la maternidad y la paternidad tempranas”, liderado por la Secretaria Distrital de Integración Social –SDIS- en acompañamiento con la Secretaria Distrital de Salud –SDS-, las cuales están asociadas a la mayor planificación de los embarazos a través del uso de

métodos anticonceptivos y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que pueden posponer la decisión o no, de concebir⁹⁰.

5.1. BOGOTÁ HUMANA –BH–

En términos generales este Plan de Desarrollo evaluó la problemática a través de las siguientes dos metas de impacto:

1. *“Reducir en un 30% el embarazo de 10 a 19 años”* el indicador no pudo ser medido tácitamente y se analizó desde el punto de vista de los nacimientos teniendo en cuenta que este no presentó resultados con relación a los embarazos. Es por esto que desde la variable nacimientos se obtuvo una disminución para el periodo 2012-2016 del 28,2%, es decir, no alcanzó la meta programada, toda vez que la línea base para el 2012 estuvo en 19.607 nacimientos y para el 2016 cerró con 14.072 nacidos vivos.

Adicionalmente, tal como se evidenció en el Sistema de Seguimiento al Plan de Desarrollo –SEGPLAN–, la meta de resultado y/o gestión –MGR *“Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos en el marco de la cero tolerancia”*, perteneciente a la meta de impacto que se está analizando, reflejó que su indicador no presentó avance en el Plan de Desarrollo. Sin embargo, en lo transcurrido de la vigencia 2015 se registró una ejecución del 67.86%, equivalente a 112 casos de niñas menores de 15 años embarazadas o que han sido madres identificadas y caracterizadas. No obstante, en la misma herramienta, dentro de los avances y logros no existe correspondencia en las cifras, dado que para la misma vigencia se mencionaron 321 nacimientos y en el indicador para las vigencias 2012, 2013 y 2014 no se registró datos, no así ocurrió con los avances y logros los cuales si reportaron información de 482, 422 y 415 nacimientos respectivamente.

Por otra parte, en la MGR *“Garantizar la atención para la interrupción voluntaria de embarazo, en ciento por ciento de las mujeres que los soliciten en el marco de la sentencia C-355 de 2006”*, es importante señalar lo siguiente:

⁹⁰ Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y la Adolescencia de Bogotá. Comité Distrital de Infancia y adolescencia – CODIA- año 2017.

Para el cumplimiento de esta meta la SDS mediante oficio⁹¹ mencionó las acciones permanentes de asistencia técnica a todos los aseguradores y prestadores de servicios de salud, sobre el alcance de las causales de despenalización en el marco de la Sentencia C-355/06, así como la socialización de lineamientos y conceptos técnicos para la prestación de los servicios de salud de IVE en Bogotá, tales como la circular 043 de 2012 y el protocolo de prevención de aborto inseguro del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2014.

De conformidad con la información de avances y logros incorporada en el componente de gestión e inversión a mayo 31 de 2016, dentro de la herramienta SEGPLAN, la Dirección de Planeación y Sistemas, emitió en términos generales el dato preliminar de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo sin discriminar el grupo etario al cual le fue practicada la intervención, así:

- Con corte Diciembre 31 de 2015: 10.139 procedimientos de interrupción voluntaria de embarazo -IVE practicados.
- Con corte abril de 2016 se practicaron 291 procedimientos de IVE.

Así mismo, es de anotar que la línea base que presentó esta meta en el Plan de Desarrollo, era de 656 mujeres de acuerdo a datos de la Secretaría Distrital de Salud 2011. Es decir, que a corte 2015, se presentaron 9.483 procedimientos IVE más que en el año base, equivalente a un incremento de 1.445% respecto a los IVE practicados.

Dado lo anterior, la veracidad de esas alarmantes cifras se pone en duda cuando al revisar estudios sobre la materia⁹², se afirma que el sistema de salud colombiano no cuenta con un sistema de información sobre aborto que le permita al sector público asumir el liderazgo de manera integral y ver todo el panorama. La falta de estadísticas oficiales, consolidadas y actualizadas además contribuye a la percepción – cierta o no - de que los servicios seguros no se usan y que el aborto es un asunto para la clandestinidad.

⁹¹ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

⁹² Séptimo informe periódico ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas realizado en el 2016 en Ginebra – Suiza. <http://lasillavacia.com/silla-llena/red-de-las-mujeres/historia/los-datos-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en>

Con relación a esta situación, la Secretaría Distrital de Salud aclaró⁹³ a este ente de control que *“la clandestinidad dificulta el conocimiento y control de establecimientos que operan de manera ilegal, siendo imposible conocer el número de lugares donde se realizan o practican estos procedimientos”*. *“(…) quienes prestan servicios de salud sin estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPSS- se consideran ilegales”*.

Un claro ejemplo de esta situación es la presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien reportó 4.638 abortos en el 2015; mientras que la Secretaría de Salud de Bogotá registró en el mismo año 13.790 interrupciones. Esta situación se ratifica, cuando al compararlas con el Sistema de Seguimiento al Plan de Desarrollo -SEGPLAN se encuentra que para la misma vigencia se registraron 10.139 procedimientos de IVE. De tal manera que existe inconsistencia en las cifras de aborto en Colombia y estas parecen variar según la institución que las reporta.

2. *“Disminuir la tasa de embarazo adolescente a menos de 16%”*: Dado que las cifras fueron reportadas como nacimientos y no como embarazos, lamentablemente este indicador tampoco pudo ser medido por falta de concordancia. Por lo tanto, el análisis que este órgano de control realizó, se llevó a cabo con base en la justificación de dificultad anteriormente mencionada en el presente informe y que en su momento dio la administración del ex alcalde Gustavo Petro.

En ese orden de ideas, este análisis tendrá en cuenta la tasa de fecundidad adolescente de 10 a 19 años, discriminado por los grupos poblacionales de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, extraída de información del DANE – estadísticas vitales y proyecciones poblacionales, las cuales pueden observarse a continuación.

⁹³ Oficio con Radicado No. 2018EE46511 de la Secretaría Distrital de Salud.

Cuadro No. 5: Tasa de Fecundidad en Niñas y Adolescentes de 10 a 19 años. Bogotá

Grupo Etáreo	2012			2016			2017		
	Población de Niñas o Adolescentes	Nacidos vivos	Tasa *	Población de Niñas o Adolescentes	Nacidos vivos	Tasa *	Población de Niñas o Adolescentes	Nacidos vivos	Tasa *
10 a 14 años	303.342	483	1,59	294.470	315	1,07	294.313	304	1,03
15 a 19 años	322.629	19.124	59,28	314.052	13.757	43,80	311.197	12.020	38,63
Total de 10 a 19 años	625.971	19.607	31,32	608.522	14.072	23,12	605.510	12.324	20,35

*Por cada 1000 niñas y adolescentes de 10 a 19 años.

Fuente: DANE –Estadísticas Vitales y Proyecciones Poblacionales 2012-2016 y 2017.

Gráfica y cálculos elaborados por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Al respecto, la vigencia 2016 culminó con 14.072 nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años y una tasa de 23.12. Es decir, no alcanzó la meta propuesta, a pesar de la disminución observada en la tasa durante el cuatrienio de 8.2 puntos equivalente a 26.18%, partiendo en el 2012 con una tasa de 31.32 y 19.607 nacimientos. Si se continuara con el análisis por proyecciones a 2017, esta tasa con relación al año anterior bajó al 20.35.

En este mismo sentido, mientras que la vigencia 2012, en el grupo poblacional de 10 a 14 años obtuvo una tasa de 1.59, para el año 2016 presentó una tasa de 1.07 puntos equivalente a una disminución de **32.70%**.

Finalmente, el grupo etario de 15 a 19 años para la vigencia 2012, registró una tasa de 59.28, mientras que para el año 2016 esta fue de 43.80. De manera que se pudo observar una disminución de **26.11%**.

Producto de lo anterior, se puede corroborar que el grupo etario menor a 15 años sobre el cual se enmarca el delito penal fue el que presentó mayor disminución en las cifras. Sin embargo, las mismas continúan siendo preocupantes.

Dentro del análisis efectuado a las metas de impacto, se observó que la administración de la Bogotá Humana, no estableció ninguna MGR que permitiese medir el comportamiento de embarazos en adolescentes, pese a que una de las metas de impacto buscaba su disminución al 16%, pero por las razones mencionadas no pudo ser medida.

Por otra parte, si se continúa analizando esta tasa de fecundidad con información a 2017, encontramos que el grupo poblacional de 15 a 19 años continúa presentando la mayor tasa a través de los años como se evidencia en el cuadro, mientras que el grupo menor a 15 años sobre el cual permanece el delito penal, es el menos impactado por la política dado que el número de casos continúa existiendo como una lamentable realidad y no ha disminuido de manera significativa.

Es de anotar, que la meta de impacto en análisis incorporó la MGR *“4000 jóvenes participan en estrategias de formación entre pares en SSR y de habilidades para la vida como propuesta de disminución del embarazo temprano y la prevención de ITS y en estrategias de utilización sana y productiva del tiempo libre”*, y contó con un indicador cuyo resultado respecto de la meta ascendió a 5.469 participantes en estrategias de formación entre pares, de habilidades para la vida y de utilización sana y productiva del tiempo libre, con un cumplimiento final de 136,73% en el Plan de Desarrollo.

Dentro del análisis efectuado a los avances y logros de este indicador, se detectó que el énfasis de la administración en acciones estuvo encaminado al abordaje de ITS, específicamente en VIH y lo relacionado con la disminución del embarazo temprano se intuye que fue desarrollado a través de talleres de SSR.

Las principales acciones llevadas a cabo se enmarcan en el trabajo intersectorial con la Mesa Distrital de VIH, se desarrolló en colegios oficiales un proceso de formación para el abordaje de situaciones relacionadas con la prevención del contagio y abordaje de casos de VIH. Así mismo, se trabajó en *“Generar procesos reflexivos de diálogo y transformación a través de expresiones artísticas”*, en el marco del cual se desarrollaron 60 talleres con 15 Instituciones Educativas Distritales –IED, con participación de 194 niños y 268 niñas. También se realizó un taller de sexualidad con una Inicativas Ciudadanas de Transformación de Realidades –INCITAR del colegio Cafam Bellavista donde participaron 24 niños y 18 niñas.

Otra actividad llevada a cabo fue con 40 grupos semilla de las 40 IED, con la participación de 1355 estudiantes entre los 13 y 18 años, de los grados 8, 9, 10 y 11 pertenecientes a las localidades de la ciudad, así: Usaquén, Santafé, San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Engativá, Suba, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar. Se inició en 30 colegios el empoderamiento en Derechos

Sexuales y Derechos Reproductivos con la participación de 492 niños y niñas. De otro lado, se trabajaron talleres de sexualidad a solicitud de los colegios con 60 jóvenes⁹⁴.

5.2. BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS –BMT

La actual administración presenta el flagelo del embarazo a temprana edad como un problema de salud pública y lo desarrolla en su Plan de Desarrollo mediante la puesta en marcha de un solo programa directo denominado **“Prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas”**, y de manera indirecta con 10 programas que intervienen con 13 proyectos de inversión que le aportarían a la problemática.

En este Plan de Desarrollo se identifica la temática objeto de análisis en dos metas de producto *“Diseñar e implementar una (1) estrategia distrital de prevención y atención integral de la maternidad y paternidad tempranas”*, y *“Diseñar e implementar la ruta integral de atenciones para NNA”*, las cuales están focalizadas en acciones de prevención, sin indicadores, ni metas que estén directamente dirigidos a permitir la medición del embarazo adolescente, presentándose el mismo obstáculo que se vio en cierta medida en BH.

5.2.1 Programa Directo: Prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas.

Este programa está desarrollado a través de un proyecto de inversión (1093) denominado con el mismo nombre; el cual según como está concebido contempla estrategias y acciones encaminadas a disminuir los índices de maternidad y paternidad temprana, así como los embarazos no deseados en la capital del país.

En este orden de ideas, este programa, es liderado en sus acciones de articulación por la SDIS, es el único que está específicamente diseñado a atender este grupo poblacional de niñas y adolescentes embarazadas desde el enfoque diferencial y de género, a través de una estrategia integral, transectorial y participativa, con el acompañamiento de la familia, para promover en esta población adolescente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como estar articulado a la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Plan Decenal de Salud Pública, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y desarrollar

⁹⁴ Plan de acción 2012-2016 componente de gestión e inversión por estructura con corte a 31/05/16.

lo estipulado en el CONPES 147/12 *“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 y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”*, entre otros.

Uno de los principales esfuerzos del programa va encaminado al fortalecimiento de la gestión institucional para el ejercicio y la garantía de los derechos, que permita la apropiación y adecuada implementación de la reglamentación sobre derechos sexuales y reproductivos; fortalecimiento de la atención, seguimiento, reporte de casos y vigilancia en salud pública de los embarazos tempranos detectados.

Adicionalmente, desde los ámbitos de competencia de cada sector del Distrito, las entidades trabajan para la generación de oportunidades que permitan el ejercicio pleno de la ciudadanía y la toma de decisiones autónomas y responsables sobre su sexualidad⁹⁵.

Dado lo anterior, este programa contempla dos metas de resultado y una ética relacionadas con la temática de embarazo en niñas y adolescentes. No obstante, este informe no analizará la meta de resultado *“Incrementar en 2 años la mediana de la edad de las mujeres al nacimiento de su primer hijo”*, toda vez que se sale del rango poblacional objeto de análisis⁹⁶. Por lo tanto, se estudiará la meta de resultado *“Disminuir en dos puntos porcentuales la participación de los nacimientos en niñas, adolescentes y jóvenes menores de 19 años durante el cuatrienio”*, cuyo resultado acumulado a 31 de diciembre de 2017 con relación a la participación de los nacimientos en niñas y adolescentes menores de 19 años fue de 13,4%⁹⁷ lo cual permite concluir que en un año y medio la administración alcanzó el cumplimiento de la meta, dado que se logró una disminución de 3,1 puntos porcentuales respecto a la línea base que se encontraba en 16,5% al año 2014⁹⁸.

Por otra parte, desde el punto de vista del número de nacimientos, se encuentra que la línea base tomada en 2014 presentó 17.167 nacidos vivos en madres de 10

⁹⁵ Oficio Radicado SAL-47627. Respuesta SDIS información Política Pública de Infancia y adolescencia –PPIA – Embarazo en niñas y adolescentes en el Distrito Capital.

⁹⁶ Esta meta contó con un indicador cuya línea base a 2013 con relación a la mediana al nacimiento del primer hijo era de 22 años. A 2017, según datos preliminares se identifica una mediana de 23 años, lo cual representa un aumento de un año en la mediana de la edad de las mujeres al nacimiento de su primer hijo. Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

⁹⁷ 12.284 NV de 10 a 19 años sobre el total de NV: 91.672. Oficio Radicado SAL-47627. Respuesta SDIS información Política Pública de Infancia y adolescencia –PPIA – Embarazo en niñas y adolescentes en el Distrito Capital.

⁹⁸ Balance de Resultados 2017 del Plan de Desarrollo Distrital BMT 2016 – 2020, compilado por la Secretaría Distrital de Planeación.

a 19 años, frente a los 12.324 nacimientos registrados para el 2017, representando una disminución de 28,21%⁹⁹.

Lo anterior, permite concluir que la proyección de la meta efectuada fue poco ambiciosa, entendiéndose que en lo que resta del plan de desarrollo, la administración distrital posee herramientas para continuar disminuyendo la participación de nacimientos a temprana edad.

En cuanto a la meta ética denominada “*Cero maternidad y paternidad en NN menores de 14 años*”, se encuentra enmarcada dentro del Plan de Desarrollo como un pacto social para el posicionamiento de la misma teniendo en cuenta que se trata de un delito punible que no puede ser tolerado. No obstante, más adelante se constatará que aún esta meta está lejos de alcanzarse.

La Administración de la Bogotá Mejor para todos, estableció unas líneas estratégicas¹⁰⁰ desarrolladas por los sectores participantes en las que se organizaron acciones a cargo del programa directo “***Prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas***”, entre las que se destacan:

- ✓ *Fortalecimiento sectorial y transectorial para la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR)*. Incluye la formación de los servidores públicos; mejorar o crear rutas y protocolos de atención y hacer seguimiento a los medios de atención directa a la ciudadanía.
- ✓ *Promoción de los sentidos de vida y gobernanza juvenil*. Se encarga de brindar apoyo a NNA en la toma de decisiones y la construcción de sentidos de vida que promuevan su desarrollo integral. Se brindan incentivos a organizaciones juveniles con iniciativas en pro de DSDR y crear espacios de participación y retroalimentación para jóvenes.
- ✓ *Transformación cultural y educación*. Tiene la responsabilidad de generar acciones pedagógicas, colectivas de comunicación que apunten a transformar los imaginarios y patrones culturales asociados a los determinantes del embarazo temprano.

⁹⁹ Dane. Estadísticas vitales. Estadísticas por tema. Salud. Nacimientos y defunciones. Datos preliminares a corte 31 de diciembre de 2017.

¹⁰⁰ Plan de Desarrollo Distrital 1016-2020. “Bogotá mejor para todos”, tomo 1, pag.75.

El sector Cultura diseñó una estrategia de transformación que le apuntó a estos factores culturales, la cual incluye difusión de mensajes a través de medios masivos de comunión, desarrollo de talleres de masculinidades alternativas y actividades lúdico-pedagógicas en el marco de eventos culturales. Para el efecto, en conjunto con la Secretaría de Educación Distrital – SED en las Instituciones educativas distritales, se ha desarrollado la estrategia de semilleros artísticos en los que mediante 5 talleres se trabajan temas de educación para la sexualidad.

- ✓ *Evaluación, seguimiento y monitoreo.* Consiste en contar con un modelo de reporte, seguimiento y monitoreo del programa. También cuenta con el análisis de los datos producidos a través de encuestas del Distrito, como la Bienal de Culturas y la Nacional de Demografía y Salud.
- ✓ *Alianzas estratégicas.* Desarrollado mediante el trabajo multisectorial, con la participación de organizaciones de la sociedad civil, cooperación internacional, privados y academia.

Del mismo modo, es importante mencionar que a este programa se le vinculó un proyecto de inversión 1093 **“Prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas”**, con 3 metas de inversión cuyo comportamiento en lo corrido del plan, ha sido el siguiente:

- Cualificación de servidores públicos en derechos sexuales, derechos reproductivos, prevención de la maternidad y paternidad temprana. Al respecto revisada la ejecución del programa, se observó que en los avances y logros¹⁰¹, se identificaron acciones llevadas a cabo en pro de esta población, sin embargo, al analizar el comportamiento del proyecto 1093, se evidenciaron avances en la magnitud que no están plasmados en el mismo, por ejemplo a 2017 se han formado 442 servidores públicos de la SDIS en derechos sexuales y reproductivos, con un cumplimiento del 100%.

De igual manera, Profamilia participó en la formación de 21 servidores públicos (120 horas), en el marco del Convenio de Asociación 13396, y 89 profesionales y técnicos de la SDIS también informados por esta entidad. Lo anterior, para un total de 550 servidores públicos,

¹⁰¹ Plan de Acción 2016-2020, componente de gestión e inversión del SEGPLAN

profesionales y técnicos formados e informados en derechos sexuales y reproductivos en lo corrido del 2017 por parte del proyecto 1093¹⁰².

A través del proyecto 1113 “*Por una ciudad incluyente y sin barreras*” durante el 2017, también se formaron e informaron en derechos sexuales y reproductivos 7.999 servidores públicos, profesionales y técnicos de las subdirecciones de infancia, gestión local, familia y juventud. Por medio de este mismo proyecto se informaron 13.670 personas de la comunidad y 30.792 NNA y jóvenes informados en la misma temática a través de las subdirecciones para la familia, infancia, juventud y asuntos LGBTI.

- Dentro de la Implementación de la Estrategia Distrital de prevención de la maternidad y paternidad tempranas propuesta por la administración distrital, el SEGPLAN reporta un avance de 26% en la implementación de la misma durante lo corrido del Plan de Desarrollo. Es decir, que al año 2020 la estrategia debe estar implementada en su totalidad, teniendo en cuenta que la formulación de la meta fue creciente.

Sin embargo, se presentaron retrasos en el proceso de formulación de la estrategia debido a inconvenientes de articulación intersectorial en el proceso de formulación de la Ruta de Atención Integral -RIA, la cual requirió mayores esfuerzos de los previstos que descompensaron en cierta medida el avance de la estrategia en mención.

- En cuanto a la implementación de la campaña de comunicaciones relacionada con la prevención de la maternidad y paternidad temprana denominada “*Son Solo Mitos 2*”, a cargo de la SDIS, desarrollada en prensa, radio y televisión, realizada en los años 2016 y 2017, se han impactado 2.212.798 usuarios entre los 14 a 28 años (814.000 personas de la primera fase y 1.398.798 personas en la segunda fase desarrollada en el 2017). De igual forma, fueron instalados 399 eucoles dispuestos en los paraderos públicos de la ciudad (fase 1: 30 y fase 2: 369) y se pautaron 2.461 salidas en emisoras juveniles como: La Mega, Radioactiva, Oxígeno (fase 1: 489 y fase 2:1972) ¹⁰³. En este sentido, el diseño e implementación de la citada campaña de comunicación avanzó en un 95%.¹⁰⁴

¹⁰² Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

¹⁰³ Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

¹⁰⁴ Informe final auditoría regularidad SDIS, periodo auditado 2017, PAD 2018.

5.2.1.1 Acciones Intersectoriales y Mesas de Trabajo.

Adicionalmente, existen acciones intersectoriales¹⁰⁵ que forman parte de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y que se relacionan con los componentes de promoción, prevención y atención integral en salud sexual desde un enfoque de derechos.¹⁰⁶ Por lo anterior, se presentan más resultados alcanzados para contrarrestar la problemática de embarazo en niñas y adolescentes a cargo del *Sector de Integración Social*, como son:

Durante el 2016 se realizaron otras actividades dentro del programa como: informar a 630 profesionales en prevención y atención de la maternidad temprana mediante la socialización con la SDIS; informar a 1.602 adolescentes y jóvenes en derechos sexuales y reproductivos en ferias de sexualidad realizadas por Profamilia, en el marco del Convenio de Asociación 13396 de 2016, suscrito con la SDIS; Informar a 160 adolescentes de los Centros Amar y Ámbito Familiar en prevención de embarazo subsiguiente de 14 localidades en alianza entre la Subdirección para la Infancia y el ICBF y 1600 beneficiarios de las canastas complementarias y los bonos canjeables por alimentos, informados en derechos sexuales reproductivos de la prevención de la maternidad y paternidad temprana.

Haciendo un énfasis en este apartado, es preciso señalar que las ferias de sexualidad¹⁰⁷ están encaminadas a lograr el aprendizaje en adolescentes para el ejercicio de una sexualidad libre, autónoma y placentera, que contribuya a la prevención de la maternidad y paternidad temprana, así como el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual –ITS, entre otros.

Cada feria llevada a cabo, estuvo conformada por 5 estaciones con actividades dinámicas y lúdicas, en las que los adolescentes y sus familias acceden a información sobre diferentes temas como: herramientas para la toma de decisiones, prevención de ITS, abuso sexual y embarazo no deseado, entre otras. Así mismo el contenido temático de estas estaciones fue el siguiente:

- Métodos anticonceptivos e ITS
- Derechos sexuales y reproductivos

¹⁰⁵ Integración social, mujer, salud, educación, planeación, cultura-recreación y deporte, gobierno, desarrollo económico, seguridad-convivencia y justicia.

¹⁰⁶ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

¹⁰⁷ Oficio Radicado SAL -87595 de la SDIS, del 19/09/18.

- Son solo mitos
- Masculinidades alternativas
- Cuidado y autocuidado

En consecuencia, los 5.183 beneficiarios en las 59 ferias de sexualidad realizadas en el marco del *Programa para la Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Tempranas* durante las vigencias 2016 y 2017, se detallan a continuación:

Cuadro No. 6: Ferias de Sexualidad en el Marco del Programa Prevención y atención de la Maternidad y Paternidad Tempranas.

AÑO	ADOLESCENTES Y JOVENES PARTICIPANTES	No. DE FERIAS	TOTAL
2016	252	3	59 Ferias con 5.183 beneficiarios.
2017	5.127	56	

Fuente: Reporte SEGPLAN Proyecto 1093 prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas, corte 31 de diciembre 2016 y 31 diciembre 2017. Oficio Radicado SAL -87595 de la SDIS, del 19/09/18.

De otro lado, la SDIS en el 2017, informó a 13.905 jóvenes en temas como prevención de violaciones de derechos humanos, prevención de consumo de sustancias psicoactivas y prevención de maternidad y paternidad temprana, como estrategia para reducir los factores de riesgo de la población joven de la ciudad. Por último, se implementó una pauta digital en temas de prevención de maternidad y paternidad tempranas en la red social Facebook¹⁰⁸.

De acuerdo a información suministrada por la SDIS¹⁰⁹, durante las vigencias 2016 y 2017 fueron atendidas 2.127 gestantes menores de 18 años por localidad, información desagregada de la siguiente manera:

¹⁰⁸ Informe de Gestión y Resultados, SDIS año 2017.

¹⁰⁹ Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

Cuadro No. 7: Gestantes Menores de 18 Años Atendidas Integralmente

LOCALIDAD	No. GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS	
	2016	2017
Antonio Nariño	0	6
Barrios Unidos	8	10
Bosa	124	141
La Candelaria	1	1
Chapinero	6	6
Ciudad Bolívar	143	144
Engativá	34	31
Fontibón	22	15
Kennedy	174	171
Mártires	4	12
Puente Aranda	7	24
Rafael Uribe Uribe	56	69
San Cristóbal	117	110
Santa Fe	23	20
Suba	134	128
Teusaquillo	1	0
Tunjuelito	18	25
Usaquén	35	26
Usme	154	127
TOTAL	1061	1066

Fuente: Sistema de información – SIRBE/SDIS. Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18

Se puede observar en el anterior cuadro que las dos localidades que mayor cantidad de adolescentes en embarazo han atendido durante los 2 años en mención son: Kennedy y Ciudad Bolívar en su orden, encontrándose que el distrito capital se ha ocupado en el 2016 y 2017 de 1.061 y 1.066 gestantes adolescentes respectivamente.

Adicionalmente, como parte del Sector, el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud –IDIPRON en el 2016 y 2017, no prestó atención a niñas en estado de embarazo menores de 14 años. Sin embargo, en 2016 atendió a 18 adolescentes de 14 a 18 años de edad y en el 2017 atendió a 26 adolescentes embarazadas¹¹⁰. Esta atención está en el acompañamiento que se realiza desde

¹¹⁰ Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

las áreas de derechos (salud, psicosocial, socio-legal, educación, espiritual y emprender), durante todo el proceso de gestación de la joven durante su permanencia¹¹¹.

Con relación a la vigencia 2017, también se llevaron a cabo 36 acciones de maternidad y paternidad tempranas de iniciativa cultural entre la Secretaria Distrital de Integración Social –SDIS y la Secretaria Distrital de Cultura Recreación y Deporte –SDCRD, mediante convenio interadministrativo 8391. De estas acciones, 28 estímulos se entregaron a iniciativas culturales, en las localidades de Suba, Mártires, Kennedy, Antonio Nariño, Bosa, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz.

De igual manera, el *Sector Educación* tiene la responsabilidad de revisar, ajustar e implementar permanentemente el modelo pedagógico de educación para la sexualidad a fin de buscar la permanencia escolar de los jóvenes en el colegio, especialmente de aquellos que se encuentran en situación de maternidad o paternidad temprana, brindando herramientas pedagógicas que promuevan la capacidad de decidir sobre su vida.

Durante las vigencias 2016 y 2017, teniendo en cuenta lo realizado por anteriores administraciones en materia de Educación para la Sexualidad¹¹², se establecieron las siguientes metas:

- Fortalecer los proyectos de Educación para la Sexualidad en los colegios distritales en todos los ciclos educativos, diferenciando el contenido por ciclo.
- Formular de manera participativa, un Programa Socio-Educativo de Educación para la Sexualidad, bajo la responsabilidad del Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico –IDEP. En el 2016, se efectuó revisión documental sobre temas de educación para la sexualidad y la situación de embarazo, junto con la experiencia en maternidad y paternidad en escolares y la formulación de una batería de 25 indicadores: 5 cualitativos y 20 cuantitativos, encaminada a la construcción de una línea base elaborada en el 2017.

¹¹¹ Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

¹¹² Convenio 3712 del 16 de agosto de 2016, celebrado entre el Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico -IDEP- y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SED)

Este estudio sobre maternidad y paternidad temprana desarrollado por la SED y el IDEP, fue elaborado para establecer parámetros que contribuyeran a la creación de una guía de planeación, medición y evaluación de un programa socioeducativo de Educación para la Sexualidad en los colegios Distritales de la ciudad de Bogotá, arrojando datos interesantes en los que se manifestó que estos podrían presentar desviaciones, debido a la procedencia de los reportes por posibles subregistro y sesgos, originados en su mayoría por los orientadores o encargados del reporte de la IED. No obstante, a partir de información recolectada del Sistema de Alertas de la SED, se obtuvieron los siguientes datos:

- a) La mayor cantidad de alertas en embarazo se reporta en el grado once, con un 45% del total de los registros, seguido de los grados décimo, es decir el nivel medio de escolaridad.
- b) La tendencia está alrededor de los 16 años de edad. El 5% de las edades de embarazo reportadas es inferior a los 14 años, mientras que el 5% es superior alrededor de 18 años de edad.
- c) El mayor número de registros de embarazo en los IED, se da sobre la octava semana de gestación (dos meses), y un 65% de los registros se reportan antes de la semana 16 (cuarto mes).

Un 43,8% de los registros señalan que la madre adolescente vive con la madre, el 38,4% señaló que vive con el padre, mientras que el 9,5% manifestó vivir con el padre del bebe y el 3,1% con familiares.

- d) Un 74,2% de los registros señalan que el vínculo con el padre del hijo es el novio de la adolescente, seguido de amigo con 10,7%, compañero de clase con el 7,7%, un 2% está relacionado a otro y un 1,5% manifestó que el vínculo es desconocido o no sabe. Igualmente, vale la pena señalar que un 0,5% de los registros, vinculan al padre como un familiar o al mismo padre de la adolescente.
- e) De la totalidad de los registros, un 60,5% indicó que no usa ningún método anticonceptivo, mientras que un 39,8%, manifestó utilizar algún método de planificación, así: 23,6% manifestó el uso de condón, 8,9% inyección y un 5% con píldoras, el otro 2,3% mencionó el uso de otros métodos.

- f) Un 96,8% del total de registros mencionan que la adolescente no planeó el embarazo, mientras que el 3,2% restante señaló haber planeado el embarazo.
- g) El nivel de escolaridad más alto alcanzado por las menores embarazadas menores de 14 años fue quinto grado y en la población de 15 a 19 años madre o padre se evidenció que su último grado aprobado fue once.

Mientras que el último año aprobado por el padre en el rango de 10 a 14 años fue noveno grado.

- Hacer seguimiento de los Proyectos de Educación para la Sexualidad con el fin de caracterizar su grado de desarrollo. Con la formulación de la propuesta de fortalecimiento de los Proyectos de Educación Sexual – PES, se cumple con la obligatoriedad de la educación para la sexualidad y con la coherencia de la Política de Educación inclusiva, desde el cuidado y el autocuidado.

La SED acompañó a instituciones educativas oficiales –IED, para la atención pedagógica de estudiantes en orientación sexual, entre otras temáticas, beneficiando a 1.977 estudiantes, adicionalmente, prestó acompañamiento para fortalecer proyectos de educación para la sexualidad en 141 colegios¹¹³

De igual forma, la SED implementó acciones como la plataforma informática, la cual cuenta con un Sistema de Alertas que identifica por módulos: 1) abuso y violencia; 2) maternidad y paternidad temprana; 3) accidentalidad; 4) trastornos de aprendizaje; 5) consumo de sustancias psicoactivas y 6) conducta suicida. Para el segundo módulo de alertas, se presentaron 411.896 casos en el año 2016 y para el 2017 los casos registrados fueron 422.978, presentándose un leve incremento. Se destaca que dentro del total de hombres el rango de edad de adolescentes entre los 12 y 13 años fueron quienes presentaron el mayor reporte para estos años. Para el caso femenino, la vigencia 2016 identificó a las niñas de 12 años con el mayor reporte de casos, mientras que en el 2017 se presentó un incremento de dos años, es decir a 14 años. A continuación se ilustra el comportamiento:

¹¹³ Informe de Gestión y Resultados 2017 SED.

Cuadro No. 8: Casos reportados en el módulo de maternidad y paternidad temprana

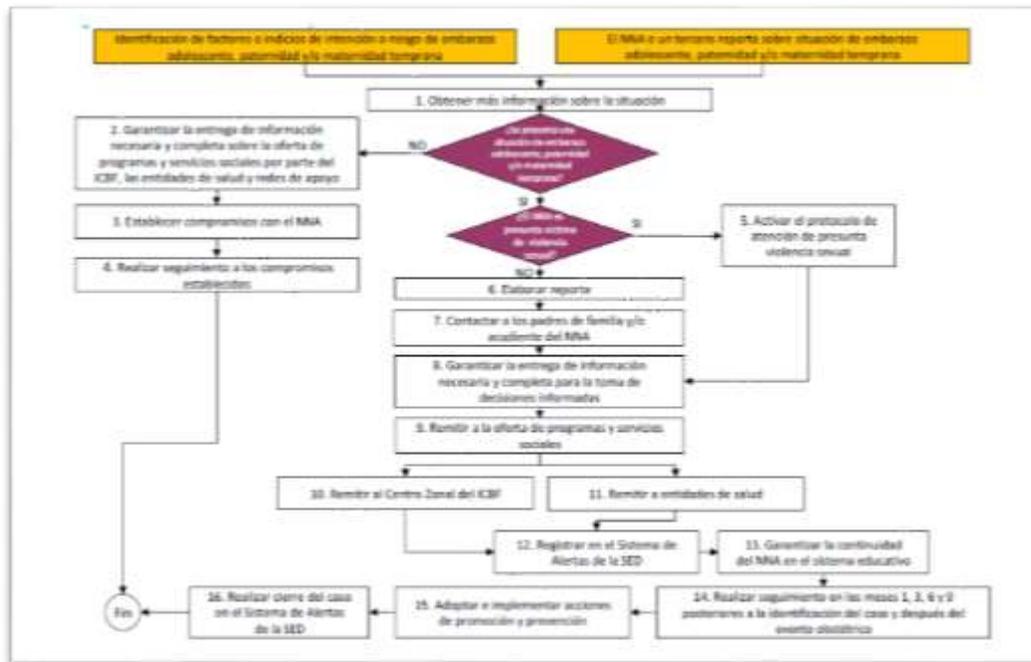
Edad	2016		2017	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
10	28.899	30.072	29.866	31.292
11	15.214	33.959	30.503	31.949
12	37.455	29.791	31.165	32.390
13	30.128	35.248	31.873	32.018
14	32.122	33.398	32.232	31.348
15	27.168	24.570	30.118	28.553
16	18.244	14.998	15.291	16.678
17	7.977	8.210	5.978	7.472
18	1.663	2.780	1.862	2.390
Total	198.870	213.026	208.888	214.090

Fuente: Sistemas de Alertas de la SED – Oficio Radicado S-2018-92812 del 21-05-2018.

Otra de las acciones a resaltar es el protocolo de atención para situaciones de embarazo adolescente, paternidad y/o maternidad temprana cuyo objetivo “... busca que se brinde una atención integral desde las entidades que tienen competencia para ello”, además de atención a situaciones en las que se identifique intención o riesgo de embarazo adolescente, para su abordaje desde acciones y estrategias de prevención y promoción.

A continuación se observa el diagrama de atención, establecido por este protocolo:

Gráfica No. 8: Diagrama de Atención Protocolo para situaciones de embarazo adolescente



Fuente: Diagrama 9. Protocolo de atención para situaciones de embarazo adolescente, paternidad y/o maternidad temprana.

De otro lado, la SED en asocio con la Fundación SURA, implementó el programa “Félix y Susana” dirigido a la educación para la Sexualidad en la Educación inicial y básica primaria, cuyo objetivo es fortalecer las relaciones entre los niños, la familia y la escuela, a través del desarrollo de fortalecimiento a docentes y directivos en competencias socio emocionales, habilidades para la vida; entrega de material pedagógico y socialización de experiencias en aula. La cobertura benefició a 30% de los docentes de educación inicial y básica de 70 instituciones educativas del distrito¹¹⁴.

También, se llevó a cabo el Congreso de Orientación y Asesoría denominado “Orientación educativa para el buen vivir” con la participación de 1.200 docentes orientadores de colegios oficiales y privados. Del mismo, se derivaron ponencias escritas por los participantes en temas como la sexualidad y la convivencia¹¹⁵.

¹¹⁴ Oficio respuesta SED, radicado No. S-2018-92812

¹¹⁵ Informe de Gestión y Resultados SED año 2017.

Otra de las acciones desarrolladas por los sectores, es el Programa “Entre Pares”, liderado por SDIS y PROFAMILIA mediante el cual se beneficiaron a 1800 estudiantes de 9 colegios de las localidades de Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa, Mártires, Puente Aranda y Usaquén¹¹⁶. Es de resaltar que las primeras cuatro localidades son las de mayor cantidad de nacimientos presentados en Bogotá en los últimos tres años y se constituye en una herramienta para contrarrestar esta problemática. Así mismo, con la intervención de las Secretarías de Mujer, Integración, Salud, Educación y el Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal –IDPAC se llevaron a cabo 6 ferias de la sexualidad en igual número de colegios, beneficiando a 800 estudiantes.

De igual manera, se implementó el Programa Integral para el Mejoramiento de los Entornos Escolares (PIMEE), el cual comprende líneas de trabajo orientadas a la construcción, mejoramiento, mantenimiento de entornos favorables dignos, seguros y motivadores para la educación, con incidencia en el Programa de Promoción y Prevención como se observa a continuación:

Gráfica No. 9: Líneas estratégicas por dimensión del PIMEE



Fuente: SED – Subsecretaría de Integración Interinstitucional 2017

¹¹⁶ Respuesta SED con radicado S-2018.922812

Finalmente, la SED a través del Programa *“Calidad Educativa para todos”* se encuentra coadyuvando de manera directa al desarrollo del programa *“Prevención y atención de la maternidad y la paternidad tempranas”*. En lo concerniente a la educación para la sexualidad en el marco de los derechos humanos sexuales y reproductivos ha venido desarrollando estrategias como el uso del tiempo escolar y acompañamiento pedagógico a 140 colegios pertenecientes a jornada única, los cuales cuentan con 24 comités técnicos encargados de realizar seguimiento a los convenios para la implementación y cumplimiento de las actividades en centros de interés, que operan en 70 colegios. De igual manera, a fin de fortalecer los proyectos educativos institucionales – PEI se ha realizado evaluación a 120 del sector oficial y 506 del no oficial, con el propósito de establecer bases para el desarrollo de políticas educativas y programas de apoyo¹¹⁷.

Este Ente de control, pone de manifiesto que a través del manejo del tiempo libre, muchos de los adolescentes han direccionado el manejo del mismo y por ende, puede repercutir en la disminución de casos de embarazo a temprana edad, sin embargo las cifras no especifican si algunos de los beneficiarios de jornada única involucran a la población objeto de análisis.

El Sector Salud a través de la SDS, ha participado desde el componente de *“Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde el enfoque de derechos”*, así:

- ✓ Participación en ferias intersectoriales que promueven los derechos sexuales y reproductivos, como la Semana Andina de Prevención de Embarazo en la Adolescencia.
- ✓ Promoción del uso de la herramienta www.sexperto.co.
- ✓ En la población recicladora, se desarrolló la estrategia lúdica de prevención del embarazo subsiguiente en la adolescencia, en cuatro jornadas de la UAESP; así como la presentación del programa distrital de *“Prevención de la Maternidad y Paternidad Tempranas”* a 150 líderes recicladores del Distrito Capital.

Igualmente, la administración distrital manifestó¹¹⁸, que las acciones colectivas ubicadas dentro de las estrategias implementadas para la reducción de la maternidad y paternidad tempranas, son ejecutadas a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PSPIC, en las cuales se desarrollan acciones

¹¹⁷ Informe de gestión y resultados-SED año 2017.

¹¹⁸ Respuesta SDS con radicado 2018EE51735 DE FECHA 18/05/18.

integradas en los espacios de vida cotidiana (Público, educativo y vivienda) y en los 3 procesos transversales (vigilancia en salud pública-VSP-, gobernanza y gestión de programas y acciones de interés en salud pública), así:

- ✓ Desde el espacio de Vivienda fueron abordadas 10.457 comunidades, familias y personas con acciones de promoción, educación y prevención integral en salud, en cuyo núcleo se encuentran niñas y adolescentes de 10 a 19 años, a los que se les brinda orientación en temas relacionados con prevención del embarazo a temprana edad, regulación de la fecundidad, fortalecimiento del proyecto de vida y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En este espacio se caracterizaron 16.159 familias, de las cuales 6.488 tienen integrantes adolescentes a quienes se les implementó acciones encaminadas a la reducción del embarazo no planeado. Así mismo, se implementaron acciones en 12.348 familias, con 7.534 adolescentes de 10 a 19 años, se realizó seguimiento a 1.225 gestantes adolescentes con alto riesgo de embarazo subsiguiente y se efectuaron 6 activaciones para la Ruta de embarazo o con sospecha de embarazo con causal Sentencia C-355 de 2006, 50 activaciones para la Ruta de Mujer en edad fértil sin método de regulación de la fecundidad¹¹⁹.

- ✓ Desde el espacio de Educación se implementa el componente Amarte de la estrategia sintonizada “Sintonizarte”, que incorpora actividades dirigidas a los integrantes de la comunidad educativa, para la transformación de imaginarios en torno a la sexualidad, maternidad y paternidad tempranas. Esta técnica se desarrolla a través de grupos conversacionales, los cuales facilitan el desarrollo de iniciativas de comunicación construidas por adolescentes, docentes de instituciones educativas intervenidas. En este sentido se ha logrado la participación de 30.336 estudiantes y 967 docentes.

También se destaca en este espacio la intervención a 75 grupos prioritarios con orientación en salud, así como el fortalecimiento en prevención de embarazo adolescente no planeado en 1.931 grupos conversacionales con la participación de 28.760 estudiantes; y la realización de 53 grupos prioritarios con gestantes adolescentes en el componente AMARTE¹²⁰.

¹¹⁹ Informe de gestión CBN – 1045 Vigencia 2017. Emisión informe febrero 2018. SDS – Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial. Dirección de Planeación Sectorial

¹²⁰ *Ibidem*.

- ✓ En el Espacio Público, se direccionan las acciones hacia el fortalecimiento de habilidades para el cuidado y se potencializaron 146 iniciativas comunitarias. Del mismo modo, se han realizado un total de 3 Jornadas Distritales de promoción de la salud en este espacio con desarrollo de temas relacionados con embarazo no planeado¹²¹.
- ✓ En el componente transversal de gestión de programas y acciones de interés en salud pública, se realizaron 554 asistencias técnicas a 311 IPS.

Así mismo, es importante destacar que la **Mortalidad Materna**¹²² a temprana edad, es un tema del resorte del sector salud, dado que las madres pertenecientes a este grupo de edad tienen un mayor riesgo de ocurrencia, toda vez que su cuerpo aún se encuentra en edad de desarrollo para asumir este estado de gestación.

Por su parte, la SDS mediante oficio¹²³ relacionó en el siguiente cuadro cifras en adolescentes de 15 a 19 años, discriminando por localidad los casos presentados para el periodo 2012-2017, el cual tuvo un comportamiento descendente de 55,55%, encontrándose además que las vigencias 2012 y 2013, en su orden fueron las de mayor participación. Así mismo, para el periodo en mención, las 3 localidades más recurrentes que le aportaron a las cifras de esta temática fueron en su orden: Ciudad Bolívar con 5 casos, Bosa y Kennedy con 3 casos respectivamente.

Cuadro No. 9: Mortalidad Materna en Adolescentes Embarazadas

LOCALIDADES	MUJERES DE 15 A 19 AÑOS					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
01-USAQUEN						
02-CHAPINERO						
03-SANTAFE						
04-SAN CRISTÓBAL	2					
05-USME	1					
06-TUNJUELITO						
07-BOSA	4		2		1	
08-KENNEDY		2		1	1	

¹²¹ Ibídem.

¹²² Expresa el riesgo de morir de una mujer en embarazo, parto o puerperio y es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer de manera directa durante su etapa reproductiva, entre los que se destacan: el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental y de respuesta estatal. Informe Sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la Infancia y la adolescencia de Bogotá D.C – vigencia 2016. CODIA. SMIA de abril 2017.

¹²³ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

LOCALIDADES	MUJERES DE 15 A 19 AÑOS					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
09-FONTIBON		1				
10-ENGATIVA						
11-SUBA		1				
12-BARRIOS UNIDOS				1		
13-TEUSAQUILLO						
14-LOS MARTIRES					1	
15-ANTONIO NARIÑO						
16-PUENTE ARANDA						
17-LA CANDELARIA						
18-RAFAEL URIBE				1		
19-CIUDAD BOLIVAR	2	2	1		1	3
20-SUMAPAZ						
SIN DATO		1				1
TOTAL GENERAL	9	7	3	3	4	4

Fuente: Oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018. Bases de datos DANE - RUAF - ND. Sistema de Estadísticas Vitales - Análisis demográfico-

De igual manera, el DANE en sus registros¹²⁴ de 2012 a 2016, reportó las principales causas de defunciones maternas por grupos de edad, según departamento de residencia, en donde se pudo observar en el cuadro abajo señalado, que las dos primeras causas en su orden fueron las relacionadas con otras afecciones obstétricas y complicaciones del trabajo del parto, así:

Cuadro No. 10: Defunciones Maternas, por Grupos de edad y Causas de defunción

CAUSAS AGRUPADAS	2012		2013		2014		2015		2016	
	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años
Embarazo terminado en aborto (o00-o08)				1						1
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (o10-o16)				1		1				
Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (o20-o29)										
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles								1		

¹²⁴ La información concerniente a la vigencia 2017 no ha sido incorporada por el DANE.

CAUSAS AGRUPADAS	2012		2013		2014		2015		2016	
	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años
problemas del parto (o30-o48)										
Complicaciones del trabajo del parto y del parto (o60-o75)		2		4		1				
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (o85-o92)										
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (o95-o99)		7				1		3		5
TOTAL	0	9	0	6	0	3	0	4	0	6

Fuente: DANE – Demografía y Población / nacimientos y defunciones / defunciones no fetales 2012-2016

El mismo caso ocurre con el tópico de los **Abortos**, los cuales pueden presentarse de dos maneras: legales (IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo para las causales despenalizadas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia C-355 de 2006 y los ilegales.

Este tema del aborto dentro del PD – BMT, se desarrolla a través de la meta de producto denominada “Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales”, la cual obtuvo un avance físico del 52% acumulado en el PD¹²⁵ y reportó una ejecución presupuestal del 99.94%, respecto del presupuesto definitivo que ascendió a \$85.027.089¹²⁶. Es decir, que ejecutaron la totalidad de los recursos y tan solo cumplieron la mitad de lo programado en su magnitud.

Así las cosas, teniendo en cuenta que estos tipos de procedimientos son también competencia de salud y que uno de ellos está incorporado dentro del presente programa, la SDS¹²⁷ manifestó que los datos que se encuentran disponibles relacionados con IVE, son los correspondientes a la vigencia 2016 y no los del año 2017, por razones de validación de la información.

¹²⁵ SEGPLAN. Componente de gestión e inversión por estructura a 31/12/17.

¹²⁶ Informe final Auditoría de Regularidad realizado al FFDS, periodo 2017.

¹²⁷ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

Cuadro No. 11: Número de eventos IVE atendidos, año 2016

Red Adscrita	Centro oriente	79
	Norte	5
	Sur	22
	Sur Occidente	5
Total Red Adscrita		111
Total Red No Adscrita		9.906
Total General		10.017

Fuente: Oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018. Base de datos RIPS SDS. Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias y por las IPS Oriéntame y Profamilia. Validado por la SDS y con corte de recepción 31 de Diciembre de 2017.

El cuadro anterior refleja la información de las 10.017 interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres de todas las edades, tanto en la Red Adscrita como en la No Adscrita del Distrito Capital, de conformidad con los preceptos de la Sentencia C-355 de 2006.

Es preciso señalar que dentro de la *Red Adscrita*, se presentaron 111 casos de los cuales, 9 fueron causados por conducta denunciada por acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial, transferencia de óvulo fecundado no consentido o incesto; 15 casos por grave malformación del feto que haga inviable su vida y 87 casos por peligro para la vida o la salud de la mujer.

Para el caso de la *Red No Adscrita*, se presentaron 9.906 hechos, cuya distribución fue de 6 casos por la primera causal, 2 por la segunda y 9.898 por la tercera, de acuerdo a los eventos anteriormente citados.

Por consiguiente, se hizo necesario indagar de ese total de eventos IVE reportado, cuantos correspondían a niñas y adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, así:

Cuadro No. 12: Número de eventos de IVE atendidos según causal. Año 2016

Red de Servicios	Causal Principal	2016	
		De 10 a 14 años	De 15 a 19 años
Red Adscrita	Conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia del óvulo fecundado no consentidas o de incesto.	2	2
	Grave malformación del feto que haga inviable su vida.		2
	Peligro para la vida o la salud de la mujer.	4	19
Total Red Adscrita		6	23
Red No Adscrita	Conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia del óvulo fecundado no consentidas o de incesto.		2
	Grave malformación del feto que haga inviable su vida.		
	Peligro para la vida o la salud de la mujer.	63	1674
Total Red No Adscrita		63	1676
Total General		69	1699

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2014, 2015, 2016 y 2017 (preliminar), población contributiva, subsidiada, vinculada y particulares. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias y por las IPS Orientame y Profamilia. Validado por la SDS y con corte de recepción 10 de mayo de 2018. Correo electrónico del Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial Salud Capital, Dr. Héctor Mario Restrepo Montoya, de fecha Jueves 14/06/2018 3:57 p. m

De la anterior información se observa, que para la vigencia 2016, tanto en la red adscrita como en la no adscrita, el rango de edad que mayor participación tiene en cuanto a IVE, es el comprendido entre las adolescentes de 15 a 19 años, llegando a 1.699 casos, sin desconocer la representativa participación que sigue teniendo el rango poblacional de 10 a 14 años, considerado como delito penal, con 69 casos, para un total de 1.768 IVE. De igual manera, se observa que para estos dos grupos poblacionales la causal con mayor participación fue la de “*Peligro para la vida o la salud de la mujer*”.

Ahora bien, con relación a los abortos ilegales, la SDS¹²⁸ manifestó que teniendo en cuenta la condición de ilegalidad, el Distrito no cuenta con un sistema de

¹²⁸ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

información que permita identificar los abortos que se presentan en la clandestinidad, por lo cual no se tiene línea base, ni mecanismos numéricos que permitan identificar comparaciones en el comportamiento de este evento.

Igualmente, es preciso mencionar que dentro del programa “Prevención y atención de la maternidad y la paternidad tempranas”, los casos de **Transmisión Sexual** en niñas y adolescentes en estado de embarazo, se encuentra que el mayor número de atenciones para la vigencia 2016, se dio en las siguientes causas: Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana-VIH-, verrugas ano genitales y sífilis, entre otras, para un total de 36 atenciones en 18 personas. Entre tanto, el año 2017 registró un aumento por VIH pasando de 12 a 26 atenciones. A continuación se puede observar el comportamiento de las otras causas de atención:

Cuadro No. 13: Niñas y Adolescentes embarazadas con enfermedad de transmisión sexual por causa

AÑO	DIAGNOSTICO	ATENCIONES	PERSONAS
2016	Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-	12	3
	Verrugas (venéreas) ano genitales	8	4
	Sífilis	8	5
	Infección de genitales y trayecto urogenital debido a virus del Herpes (Herpes Simple)	2	1
	Sífilis Latente	2	1
	Tricomoniasis Urogenital	2	2
	Sífilis Congénita	1	1
	Infección Gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso peri uretral y de glándulas accesorias	1	1
TOTAL 2016		36	18
2017	Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-	26	3
	Verrugas (venéreas) ano genitales	5	2
	Sífilis	5	4
	Sífilis Latente	2	2
	Enfermedad de transmisión sexual no especificada	1	1
	Chancro blando	1	1
	Infección de genitales y trayecto urogenital debido a virus del Herpes (Herpes Simple)	1	1
TOTAL 2017		41	14
TOTAL GENERAL		77	32

Fuente: Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018. Base de datos RIPS SDS 2004-2008, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 10 de mayo de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2018, población contributiva y subsidiada (Corte de recepción 24 de abril de 2018)

Vale la pena mencionar, que el protocolo y la ruta de atención utilizado por el sistema de salud para atender a la mujer gestante adolescente son: “*Protocolo de atención a la mujer embarazada menor de 15 años del Ministerio de Salud y Protección Social, el UNFPA del año 2016*” y la “*Guía práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del año 2014*”, así como los servicios de atención en salud que reciben las niñas y adolescentes embarazadas: consulta de control prenatal, atención integral para la interrupción voluntaria del embarazo, consulta por nutrición, consulta por odontología, atención del parto, atención del puerperio inmediato, anticoncepción inmediata pos evento obstétrico, atención y control del recién nacido, control postparto¹²⁹.

Respecto al trabajo transectorial del programa sujeto de análisis, a continuación se relacionan los principales logros señalados en el SEGPLAN, por el Coordinador del mismo que contribuyeron al cumplimiento meta de resultados “*Disminuir en dos puntos porcentuales la participación de los nacimientos en niñas, adolescentes y jóvenes menores de 19 años durante el cuatrienio*”:

- ✓ 72.724 niños, niñas, adolescentes y jóvenes, 11.650 funcionarios y contratistas del distrito, 17.037 personas de la comunidad y 10.457 familias fueron formados e informados a través de diferentes estrategias sobre derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ 11 Consejo Local de Política Social -CLOPS – realizados sobre prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana.
- ✓ 556.617 visitas a Sexperto.co: plataforma virtual de atención y remisión en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes.
- ✓ 70 colegios oficiales incluidos en 2017, en el programa de fortalecimiento de proyectos de educación para la sexualidad (PES).
- ✓ Docentes de preescolar y primaria en 98 colegios cualificados en capacidades socio emocionales desde la perspectiva de cuidado y autocuidado a través del convenio entre la Secretaría de Educación y la Fundación Sura para llevar a cabo el “*Programa de Educación para la Sana Convivencia, Félix y Susana*”.
- ✓ 28 iniciativas culturales juveniles para la prevención de la maternidad y la paternidad temprana financiada en el marco del convenio del convenio entre la SDIS y la SDCRD.
- ✓ 4.990 intervenciones de la línea telefónica 106 relacionadas con temas de prevención de la maternidad y la paternidad temprana.
- ✓ Incorporación de la variable “paternidad” en el sistema de alertas de la SED.

¹²⁹ Respuesta oficio SDS No.2018EE51735 de fecha 18/05/2018.

Es así, como se puede evidenciar que los procesos de formación e información, entre los que se encuentran las ferias de la sexualidad, la formación entre pares y los diferentes talleres, contribuyen a la promoción de conductas protectoras y al posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como a eliminar barreras de acceso a los servicios del distrito¹³⁰.

Finalmente, este acápite hace énfasis en la inclusión del análisis de las actas desarrolladas a través de mesas de trabajo durante las vigencias 2016 y 2017, con el fin de identificar el seguimiento a la gestión en el marco del programa de *“Prevención y atención a la maternidad y paternidad tempranas”*.

En este sentido, con el objeto de hacer seguimiento a las reuniones de la mesa intersectorial conformada por las diferentes entidades involucradas en la ejecución del Programa de PAMPT, en la cual la Secretaría de Integración Social lidera la convocatoria y organización de las mismas, para el efecto, se crearon dos tipos de encuentros: la primera conformada por los enlaces directivos y el segundo por enlaces técnicos.

Durante las vigencias 2016 y 2017, se realizaron un total de 21 reuniones entre los enlaces Directivos de los Sectores del Distrito, encargados de la ejecución del programa, en conjunto con algunas entidades y organizaciones privadas. Durante el segundo semestre del 2016, se realizaron 15 reuniones, presentando la más alta participación de los enlaces directivos, quienes en promedio se reunieron dos veces al mes. Para el 2017, se llevaron a cabo 6 reuniones, 5 en el primer semestre y una en el segundo semestre (octubre).

Sin embargo, solamente se tiene registro de asistencia a 18 reuniones, debido a que tres de las primeras reuniones del 2016, no adjuntaron los soportes correspondientes. En el siguiente cuadro se observa en detalle el grado de participación de los sectores y entidades:

¹³⁰ Balance de Resultados 2017 del Plan de Desarrollo Distrital BMT 2016 – 2020, compilado por la Secretaría Distrital de Planeación.

Cuadro No. 14: Asistencia de Enlaces Directivos

ENTIDADES	2016	2017	TOTAL DE ASISTENCIAS	% DE ASISTENCIA
Secretaría Distrital de Integración Social	11	6	17	94,44
Secretaría Cultura, Recreación y Deporte	10	5	15	83,33
Secretaría de Educación Distrital	10	6	16	88,89
Secretaría Distrital de la Mujer	9	4	13	72,22
Secretaría Distrital de Salud	9	4	13	72,22
Secretaría Distrital de Planeación	9	5	14	77,78
Secretaría de Gobierno	6	5	11	61,11
IDPAC	8	4	12	66,67
IDIPRON	1	4	5	27,78
IDEP	0	1	1	5,56
Canal Capital	1	0	1	5,56
ICBF	3	3	6	33,33
Profamilia	8	5	13	72,22
Fundación Cardio Infantil	0	1	1	5,56
Secretaría de Seguridad, Justicia y Convivencia.	1	0	1	5,56

Fuente: Oficio SDIS SAL- 84832 del 12/09/2018 Actas 2016 y 2017

Denotándose que los tres sectores con mayor grado de participación son los de Integración Social, Educación y Cultura, Recreación y Deporte. Asimismo, sobresale el papel de Profamilia, que como organización privada sin ánimo de lucro, registró una asistencia muy importante en las reuniones, incluso más que algunas entidades distritales como la Secretaría de Gobierno e IDIPRON. Igualmente, se resalta la asistencia del ICBF en su calidad de entidad de carácter Nacional, quien contribuyó en trabajar el tema del abordaje integral de las violencias sexuales en el marco de las revisiones de la armonización de las rutas de acción.

Por otro lado, llama la atención el rol que Canal Capital venía cumpliendo en las tres primeras reuniones, al contribuir en la elaboración de piezas comunicativas y grabación de capítulos del programa “Conector”, en el que se introdujo la temática de embarazo adolescente. Sin embargo, su participación en reuniones posteriores se fue diezmando, sin explicación sustentada mediante acta, hasta llegar al punto de no volver a asistir a las reuniones de enlaces directivos.

Con relación a las temáticas tratadas, se destaca el papel que ha jugado la Secretaría de la Mujer, al ser uno de los sectores que se comprometió a liderar la

meta de Cero Tolerancia en embarazos en menores de 14 años, específicamente sobre IVE, junto con los sectores de Gobierno y Seguridad. Resaltando la prioridad de atender a la localidad de Mártires, debido a su alta tasa y el riesgo por su vínculo con prostitución y trata de personas. Para el efecto, entre los Sectores de Mujer y Gobierno en las Ferias de Sexualidad se trataron los temas de derechos y enfoque diferencial.

Finalmente, llama la atención que la Secretaria de Seguridad solo participó en una reunión de enlaces directivos referente al abordaje de embarazo en menores de 14 años, máxime cuando es una de las entidades encargadas de avanzar en el acceso a la justicia para estos casos en los que se considera como delito penal y de caracterizar a grupos de pandillas, barristas, entre otras.

De otro lado, en reunión con el Señor Alcalde, se ordenó que el programa PAMPT incorporara acciones innovadoras, por lo cual la Secretaria de la Mujer se comprometió a definir acciones para que los alcaldes locales incluyeran el programa en sus planes locales.

Pese a lo antes mencionado, frente a los compromisos asumidos y acciones a desarrollar por la Secretaría de la Mujer, la Contraloría de Bogotá, evidenció que hay una contradicción, por parte de la entidad, quien mediante oficio No. 1-2018-004054 de 17 de septiembre de 2018, señaló que *“De conformidad con la misión y funciones a su cargo, no tiene competencia para la atención de niñas, niños y adolescentes, mientras que por otro lado, mediante acta No. 14 de 2016 se hizo evidente su compromiso de adelantar acciones como “Revisar Posible uso del Convenio entre la Secretaría de la Mujer, SDIS, Fiscalía y Medicina Legal para armonizar acciones de atención y judicialización en embarazos en menores de 14 años”*.

Adicionalmente, en este mismo documento se menciona la problemática de la tasa de embarazo en menores de 14 años en la localidad de Mártires, ante lo cual esta entidad manifestó desarrollar acciones y campañas comunicativas adicionales y específicas. Dado lo anterior, es preciso señalar que este ente de control ha consultado diversas fuentes incluyendo la misma entidad sin que se hayan encontrado soportes sobre sobre resultados o investigaciones específicas recientes al respecto.

Con relación a las reuniones de Enlaces Técnicos, se observó que durante las dos vigencias se llevaron a cabo 7 encuentros, cuyo principal objetivo fue revisar y evaluar los asuntos atinentes al Programa, en representación de diferentes

entidades tanto del orden Distrital como de algunas organizaciones de índole privada.

La periodicidad de las reuniones no ha sido constante, si se tiene en cuenta que en el 2016 se realizaron 4 con intervalos mensuales que iniciaron en el mes de agosto y terminaron en noviembre, mientras que para el año 2017, solo se llevaron a cabo 3, retomando en febrero, marzo y mayo, dejando descubierto el segundo semestre del año. A continuación, se discrimina la participación de entidades durante las vigencias objeto de análisis.

Cuadro No. 15: Asistencia de Enlaces Técnicos

ENTIDADES	2016	2017	TOTAL DE ASISTENCIAS	% DE ASISTENCIA
Secretaría Distrital de Integración Social	4	3	7	100
Secretaría Cultura, Recreación y Deporte	1	1	2	28.57
Secretaría de Educación Distrital	4	3	7	100
Secretaría Distrital de la Mujer	2	3	5	71.42
Secretaría Distrital de Salud	2	1	3	42.85
Secretaría Distrital de Planeación	3	3	6	87.71
Secretaría de Gobierno	2	2	4	57.14
IDPAC	2	3	5	71.42
IDIPRON	0	0	0	0
IDEP	0	0	0	0
Canal Capital	0	0	0	0
ICBF	3	0	3	42.85
Profamilia	0	0	0	0
Fundación Cardio Infantil	0	0	0	0
Secretaría de Seguridad	0	0	0	0

Fuente: Oficio SDIS SAL- 84832 del 12/09/2018 Actas 2016 y 2017

Del cuadro anterior se infiere, que los sectores con el mayor índice de compromiso, teniendo en cuenta las asistencias, son el de Integración Social, Educación y en menor medida Planeación y Mujer.

Dentro de este análisis también es claro, que las reuniones de este tipo se realizan en menor número y regularidad, con lo cual se podría pensar que hay falta de compromiso por parte de algunas entidades como el IDIPRON, IDEP, Canal Capital y la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia. Situación que a futuro

pueden generar retroceso, dificultando la consolidación de acuerdos y compromisos, así como su afectación en la capacidad de verificación respecto al cumplimiento de los mismos, teniendo en cuenta que en estos encuentros se analizan las temáticas propias de la ejecución del programa.

Otro aspecto a destacar es que en la mayoría de reuniones la SDIS, siendo la encargada de la coordinación, en algunas decisiones no cuenta con el respaldo necesario por parte de otros sectores para llevar a cabo acciones necesarias para la ejecución del programa. Situación evidente en una de las sesiones¹³¹, en la cual los pocos participantes llaman a los ausentes a hacerse partícipes activos. De otro lado, se observó que la participación de las entidades se hace con contratistas, rotación de personal que puede generar volatilidad, ocasionando poca efectividad en los compromisos adquiridos ante la carencia de funcionarios de planta que permitan dar continuidad y garantía a la ejecución y seguimiento del programa.

Teniendo en cuenta que las reuniones llevadas a cabo, tanto por los enlaces directivos como técnicos, tienen un carácter desigual en términos temporales y de asistencia. De las 21 reuniones de enlaces directivos y 7 de enlaces técnicos, se puede inferir que la participación de los diferentes sectores y organizaciones privadas son en buena medida intermitentes y escasas, salvo en algunos casos.

En síntesis, todo lo descrito anteriormente, impide que el proceso se lleve a cabo de manera eficiente y dificulta en gran medida el seguimiento que los propios participantes, la ciudadanía en general, como los organismos de control puedan hacer a las iniciativas tratadas; esto último agravado por las dificultades de concretar esfuerzos intersectoriales e implementar un programa que permita impactar la problemática de embarazo a temprana edad.

¹³¹ Celebrada el 23 de noviembre de 2016

5.2.2 Programas indirectos

El actual Plan de Desarrollo incorporó 10 programas que de manera indirecta intervienen con 13 proyectos de inversión que le aportarían a la problemática, con alguna incidencia de actividades en la prevención y atención para los diferentes casos presentados en los grupos etarios en menores de edad, a través de un trabajo intersectorial, entre los que se destacan: Educación, Mujer, Planeación, Salud, Cultura, Recreación y Deporte, Gobierno, Desarrollo Económico, Seguridad, Convivencia y Justicia¹³². A continuación, algunos de los más relevantes:

5.2.2.1. *Desarrollo integral desde la gestación hasta la adolescencia*

Es preciso mencionar, que su objetivo es contribuir al desarrollo integral de las NNA de Bogotá, que se encuentran en situación de amenaza, inobservancia o vulneración de derechos, ofreciendo una oferta de servicios y estrategias flexibles de atención integral con calidad y pertinencia, optimizando mecanismos de articulación intra, inter y transectorial e implementando herramientas de seguimiento, monitoreo, análisis y evaluación de resultados de la prestación de servicios¹³³.

Así mismo, se entendería que este programa coadyuva a la población de niñas y adolescentes embarazadas toda vez que sus 3 metas de inversión¹³⁴ están relacionadas con la Ruta de Atención Integral –RIA-, trabajo infantil, víctimas del conflicto armado vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente, sobre las cuales se han obtenido avances generales¹³⁵. Este ente de control asume que, dentro de estos resultados del programa en mención, estaría involucrada la población de niñas y adolescentes embarazadas a temprana edad, dado que la información no se encuentra desagregada por grupos etarios.

En este orden de ideas, los avances son los siguientes:

¹³² Informe de rendición de cuenta - Gestión y Resultados, vigencia 2017. SIVICOF – Contraloría de Bogotá.

¹³³ Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

¹³⁴ Meta 1 “Diseñar e implementar 1 Ruta Integral de Atenciones desde la gestación hasta la adolescencia”, Meta 5 “Atender integralmente 15,000 mujeres gestantes, niñas y niños de 0 a 2 años con enfoque diferencial.”, Meta 6 “Atender integralmente 43,000 niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años y 11 meses en riesgo o situación de trabajo infantil, víctimas y/o afectados por el conflicto armado, o vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente en medio abierto en el marco de la ruta integral de atenciones.” Proyecto 1096

¹³⁵ Balance de Resultados 2017 del Plan de Desarrollo Distrital BMT 2016 – 2020, compilado por la Secretaría Distrital de Planeación.

- ✓ En el marco de la RIA se destaca, la atención con enfoque diferencial a 14.203 NNA víctimas del conflicto armado, pertenecientes a grupos étnicos, con discapacidad y habitantes de territorios rurales, a través del fortalecimiento y potenciamiento de habilidades del talento humano y sus familias, quienes aportan a la protección integral, garantía y restablecimiento de sus derechos, por parte de la SDIS.
- ✓ 178.382 mujeres gestantes, niñas y niños en primera infancia cuentan con una oferta suficiente y pertinente para su desarrollo integral y la plena garantía de sus derechos.
- ✓ 14.831 niñas, niños y adolescentes en riesgo de trabajo infantil, víctimas o afectadas por el conflicto armado o vinculadas al sistema de responsabilidad penal, cuentan con espacios protectores y servicios que favorecen su desarrollo integral y el potenciamiento de sus capacidades y habilidades, siendo partícipes en la construcción de ciudadanía y el mejoramiento de su calidad de vida.
- ✓ Implementación del modelo para la atención integral de mujeres gestantes, niñas y niños menores de dos años en situación de vulnerabilidad a través del servicio social “*Creciendo en familia*” en las 16 subdirecciones locales de Integración Social. Este servicio realiza acciones educativas, pedagógicas y comunitarias con el acompañamiento de un equipo interdisciplinario, promoviendo interacciones entre la madre y el niño para potenciar su desarrollo y fortalecer el cuidado calificado de las familias para proteger a los menores¹³⁶.

De igual manera, este servicio atiende a mujeres en periodo de gestación, desde el nacimiento hasta los 2 años, a través de acciones como¹³⁷:

- ✚ *Encuentros en casa*: se efectúa dos veces al mes con una hora de duración.
- ✚ *Encuentros grupales*: se efectúa en sesiones de dos horas a la semana, en el que se interactúa entre varias familias prácticas, creencias y experiencias sobre el cuidado de los hijos.
- ✚ *Atención individual*: orienta a las mujeres gestantes en la toma de decisiones sobre el desarrollo integral, riesgos, vulneraciones y amenazas de los niños.

¹³⁶ Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

¹³⁷ Oficio radicado SAL-50672 de la SDIS, del 25/05/18.

- ✚ *Tamizaje nutricional:* se realiza en el marco de los encuentros en casa para mujeres gestantes cuatro veces al año a cada participante, a través de la toma de peso y talla.
- ✚ *Entrega apoyo alimentario:* se realiza a las gestantes una entrega mensual del servicio de un apoyo alimentario tipo bono canjeable por alimentos para mantener el adecuado estado nutricional de las mujeres en gestación.

Al respecto, la SDIS¹³⁸ manifestó que para el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2016, se beneficiaron del bono canjeable por alimentos 1.696 niñas y adolescentes gestantes, de las cuales 99 recibieron apoyo alimentario adicional por registrar bajo peso. Mientras que en la vigencia 2017, se beneficiaron con apoyo alimentario 1.240 niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años, de las cuales 182 también recibieron el segundo bono para contribuir a los procesos nutricionales por bajo peso. Beneficiarios del servicio Creciendo en familia.

- ✚ *Comedores comunitarios:* se atienden niñas y adolescentes en estado de embarazo, a través del suministro de un almuerzo en condiciones adecuadas con un aporte del 40% del valor calórico total de lo recomendado en consumo diario de calorías y nutrientes; igualmente, recibe un aporte adicional de leche de 200 cc o queso de 35 gr, durante el periodo de gestación o lactancia hasta los 6 meses.

En este sentido, los resultados arrojados por la SDIS, mostraron que para la vigencia 2016, se atendieron 2018 niñas y adolescentes embarazadas, y en el 2017 se reportó la atención de 1.252 personas.

¹³⁸ Oficio respuesta alcance SDIS SAL- 89115 del 24/09/18.

Cuadro No. 16: Niñas y Adolescentes gestantes únicas participantes del servicio Creciendo en Familia según grupo etario vigencias 2016 y 2017. Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos.

Grupo Etario	Participantes del Servicio	
	Junio a Diciembre 2016	2017
6 a 12 años	16	3
13 a 17 años	2.002	1.249
Total	2.018	1.252

Fuente: Sistema de registro e información de beneficiarios –SIRBE- Período de conteo entre 01 de junio de 2016 a 31 de diciembre de 2017. Fecha de consulta: 20/09/2018. Respuesta alcance SDIS SAL-89115 del 24/09/18.

Cabe anotar que la metodología diseñada por la SDIS relacionada con el embarazo subsiguiente cualificó 150 profesionales del servicio Creciendo en Familia, quienes replicaron la cualificación a 2.048 gestantes y madres menores de 24 años del mismo servicio, como una estrategia para disminuir los nacimientos subsiguientes en adolescentes y jóvenes¹³⁹.

- ✓ La meta trazada en el Plan de Desarrollo “Reducir en 4 puntos la tasa de trabajo Infantil ampliada de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años”, disminuyó en 5.7 puntos, equivalente a 51.81%, pasando de 11 en 2014 a 5.3 en 2017¹⁴⁰. Esto significa que la administración a través de los sectores Integración Social, Salud y Educación han venido desarrollando acciones directas para la prevención y erradicación progresiva del trabajo infantil, contribuyendo con la Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011 – 2020. Las acciones adelantadas se han llevado a cabo en 115 espacios locales como plazas de mercado, pasajes y calles comerciales, entre otros, lográndose la desvinculación del trabajo infantil de 1.807 niños y 622 adolescentes, y en 230 adolescentes se promovieron condiciones de trabajo adolescente protegido¹⁴¹.

¹³⁹ Informe Sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la Infancia y la adolescencia de Bogotá D.C – vigencia 2016. CODIA. SMIA de abril 2017.

¹⁴⁰ Información de la Encuesta Integrada de Hogares- DANE Modulo de Trabajo Infantil/2017. Resultados en miles. Por efecto del redondeo en miles, los totales pueden diferir ligeramente.

¹⁴¹ Balance de Resultados 2017 del Plan de Desarrollo Distrital BMT 2016 – 2020, compilado por la Secretaría Distrital de Planeación.

5.2.2.2. Atención integral y eficiente en salud

Dentro los recursos destinados a los proyectos de inversión financiados por el FFDS, dos son atinentes a la problemática objeto de estudio, el proyecto 1186 “Atención integral en salud”, fue el tercero con mayor asignación con el 8,42%, es decir, \$166.725,8 millones, con una ejecución real del 57,8%; los demás proyectos como el 1187 tuvieron una asignación presupuestal inferior al 2% de los recursos de inversión destinados por este Fondo.

En ese sentido, cabe destacar que el Informe final de Auditoría de Regularidad realizado al FFDS vigencia 2017, analizó 3 metas (7,14 y 31) del proyecto 1186 asociadas con el embarazo a temprana edad.

De esta manera, la SDS asumió el compromiso de disminuir la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 19 años, con una meta inscrita dentro del Plan Territorial de Salud y dentro del PD con la meta 14 de proyecto de inversión 1186, con un presupuesto asignado que ascendió a \$1.541,6 millones, una ejecución del 99.93% equivalente a \$1.525,2 millones; presentando a su vez una ejecución física y presupuestal superior al 98%, cuyos productos obtenidos reportan en el informe de auditoría el fortalecimiento de acciones sectoriales, asistencias técnicas a IPS, caracterización de familias, implementación de planes de acción e implementación de la Plataforma SXPERTO, entre otras¹⁴².

De otro lado, con relación al comportamiento de la meta de inversión del Proyecto 1186 “A 2020 disminuir la tasa específica de Fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%”, cuya línea base de 52.3 para el año 2014¹⁴³, según lo corrido del plan, ha demostrado una disminución en las tasas, es así como en 2016 bajó a 43.8 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años por cada 1000 mujeres y para el 2017 su disminución llegó al 38.5 equivalente a 11.980 nacimientos¹⁴⁴. Es decir, en términos generales la reducción ha sido del 26.4% en relación con la línea base, observándose un cumplimiento superior a lo programado durante el primer año y medio de la actual administración, dado que la meta a 2020 fue proyectada para alcanzar una tasa específica de fecundidad en la población de niñas y adolescentes de 46.30.

¹⁴² Informe final Auditoría de Regularidad realizado al FFDS, periodo 2017.

¹⁴³ Información preliminar, de acuerdo a respuesta Oficio No. 1-2018-21062 de la SDS con fecha 17 de septiembre de 2018.

¹⁴⁴ Oficio No. 1-2018-21062 de la SDS con fecha 17 de septiembre de 2018.

En este mismo sentido, respecto a los resultados alcanzados por las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá: Centro-Oriente, Sur-Occidente y Sur en el desarrollo de la meta anteriormente mencionada, se estableció el siguiente comportamiento¹⁴⁵:

Sur {
-En el 2016 la tasa fue de 1.6 por 1000 nacidos vivos con 101 casos, en niñas de 10 a 14 años.
-En el 2017 la tasa ascendió a 1.7 por 1000 nacidos vivos con 91 casos.
- En el 2016 presentó una tasa de 59.1 por cada 1000 nacidos vivos con 3.592 casos en Mujeres de 15 a 19 años
-Para el 2017 fue de 56.6 por 1000 nacidos vivos con 3.139 casos.

Sur Occidente {
-Entre el 2015 y 2016 la reducción fue del 28.7%.
-Para el 2017 la tasa se mantuvo en 0.9 por cada 1000 adolescentes de 10 a 14 años.
-La tasa de natalidad en adolescentes de 10 a 19 años en 2016 fue de 23,5 con 4.640 casos y para el 2017 disminuyó la tasa a 19.4 con 3.849 casos¹⁴⁶.

La Subred Centro-Oriente, encaminó sus actuaciones a procesos reflexivos en instituciones educativas en el marco del componente “Amarte” de la acción integrada “Sintonizarte”, realizándose círculos conversacionales en 176 instituciones educativas distritales (IED) durante la vigencia 2017, impactando a 5.248 estudiantes, en temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y el ejercicio de una sexualidad responsable.

Las acciones de la Sub-red Sur-Occidente, fueron netamente de promoción en salud, en las que la prioridad se enmarcó en adolescentes que cursaban estudios de secundaria en diferentes IED. Asimismo, la gestión para reducir el embarazo adolescente se dio en acciones colectivas y la atención individual como resultado de activación de rutas integrales de atención. Sin embargo, no se definieron acciones puntuales con la población adolescente.

Finalmente, la Sub-red Sur realizó acciones en Espacios Educativos en el marco del componente Amarte, en temas como el significado de la maternidad y paternidad

¹⁴⁵ Informe final Auditorías de Regularidad a las subredes Sur, Sur occidente y Centro Oriente vigencia 2017.

¹⁴⁶ Base de datos aplicativo web RUAF_ ND datos preliminares, año 2016 y año 2017 ajustado 19-01-2018

temprana para la promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos, encaminados a la reducción del embarazo no planeado y conocimiento de la Sentencia C355 de 2006. En cuanto al Espacio Público, se realizó la conformación y fortalecimiento de organizaciones comunitarias interesadas en generar iniciativas vinculadas con la promoción, apropiación y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos; por último los Espacios de Vivienda a diciembre de 2017, identificaron 1.378 adolescentes en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz, a quienes se les implementó acciones dirigidas a la reducción del embarazo no planeado. Igualmente, se realizó seguimiento a 804 gestantes adolescentes con alto riesgo de embarazo subsiguiente, de los cuales, cuatro se encontraban desescolarizados, por lo que se activó ruta intersectorial con Educación.

Por otra parte, el acceso a la información para prevenir la maternidad y paternidad temprana se ha venido fortaleciendo a través de plataformas virtuales como Sexperto.co, aplicaciones móviles como SOFIAPP y la ampliación de servicio y horarios de las líneas telefónicas 106 y púrpura. Estos elementos brindan mayores posibilidades para que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la ciudad tomen decisiones informadas¹⁴⁷.

Con relación a la LÍNEA 106, se constituye en un espacio asociada tanto al disfrute de derechos sexuales y reproductivos, de comunicación para la ciudadanía con experiencia en infancia y adolescencia mediante el cual se brinda atención no presencial las 24 horas del día, los 365 días del año, en el que pueden recibir intervención psicosocial, soporte en situaciones de crisis, acompañamiento, asistencia emocional y escucha activa.

Sin embargo, se debe precisar que allí se manejan temas generales de infancia y adolescencia, no siendo una línea exclusiva para la prevención y atención de la maternidad y paternidad temprana. Es decir, que si la niña, niño o adolescente se comunica con dudas sobre embarazo o temas de sexualidad, son los profesionales adscritos a esta línea quienes prestan el servicio de escucha, orientación e informan sobre la existencia de la plataforma Sexperto.com, cuya finalidad si es el abordaje de temas sexuales y reproductivos.

¹⁴⁷ Balance de Resultados 2017 del Plan de Desarrollo Distrital BMT 2016 – 2020, compilado por la Secretaría Distrital de Planeación.

El abordaje que hacen los profesionales receptores de las llamadas en materia sexual, reproductiva y de embarazo a temprana edad, consiste en:

- ✚ Ser facilitadores de reflexiones que favorecen el bienestar emocional, mental y social de cada individuo y por tanto se aborda el disfrute de su sexualidad, tanto placentera, como responsable, sana, segura y de prevención de factores de riesgo.
- ✚ Adelantar intervenciones de promoción de la salud tales como: expresividad afectiva, proyecto de vida, crecimiento y desarrollo, y habilidades para la vida (cognitivas, sociales y emocionales) comprendiendo que su adecuado desarrollo, posibilita en mayor probabilidad un ejercicio más responsable con el ejercicio de la sexualidad.
- ✚ Realizan remisiones a otras entidades para lo de su competencia como: la Fiscalía en caso de presentarse violencia intrafamiliar; al ICBF y la Policía de Infancia y Adolescencia por consumo de Sustancias Psicoactivas – SPA o por inasistencia alimentaria a hospitales, medicina legal, entre otras. De igual forma se orienta acerca de los lugares y contactos para que las adolescentes o sus progenitores se acerquen a realizar consultas, solicitudes o denuncias.
- ✚ Identificar a que régimen de afiliación de salud pertenece la niña o adolescente embarazada indagando ante las entidades administradoras de planes de beneficios – EAPB, con el fin de realizar una referenciación clara tanto al régimen contributivo como al subsidiado. Si es el caso de pertenecer a Capital Salud, la atención se hace en las subredes integradas de servicio de salud.

Dentro de las temáticas abordadas por esta línea, durante las vigencias 2016 y 2017, se detectaron 8 casos de adolescentes gestantes menores de 18 años, distribuidos así¹⁴⁸: 2 de 15 años, 4 de 16 años y 2 de 17 años. Para estos casos, los profesionales que atienden la Línea 106, indagan sobre la asistencia al control prenatal de la adolescente embarazada y se identifica si está sometida a condiciones de violencia o similares que la pongan en riesgo. De otro lado, es preciso mencionar que 86 acciones de prevención, correspondieron a temas relacionados con el embarazo.

Es preciso mencionar que esta línea cuenta con una meta de inversión vinculada al proyecto 1186, denominada *“A 2020 aumentar la respuesta efectiva a un 84% de los niños, niñas y adolescentes identificados en alto riesgo desde la línea 106”*, la cual tuvo una ejecución

¹⁴⁸ Secretaria de Salud Oficio 2018EE46511.

física a 2017 de 58.97% según la SDS¹⁴⁹. Sin embargo, el equipo auditor evidenció para este mismo tipo de ejecución que el FFDS reportó un cumplimiento del 99,9%, haciéndose evidente que no solo, no fue acogido el principio de planeación al asignar más recursos frente a las necesidades reales, toda vez que la ejecución presupuestal presentada fue de 32,19% equivalente a \$191,0 millones de los \$593,1 millones asignados a esta meta ⁷¹⁵⁰; sino que adicionalmente, se denota una diferencia en las cifras reportadas por dos fuentes diferentes frente a los niveles de cumplimiento de la ejecución física.

Durante el 2016, la línea 106 reportó 578 comunicaciones realizadas por menores de 18 años, de las cuales el 82% (473) solicitó información sobre sexualidad y en el 2017 de 426 comunicaciones, el 57% (242) indagó sobre temas sexuales. Estas atenciones se realizaron a través de las subredes, las cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

Cuadro No. 17: Distribución por subred de las consultas sobre sexualidad.

SUBRED	2016	2017
Subred Norte	158	74
Subred Sur	44	25
Subred Centro Oriente	73	30
Subred Sur Occidente	87	58
Sin Dato	100	46
Fuera de Bogotá	11	9
TOTAL	473	242

Fuente: Sistema de Información Línea 106 Secretaría Distrital de Salud. Oficio con Radicado No. 2018EE46511 de la Secretaría Distrital de Salud.

No obstante lo anterior, se evidenció que la información reportada al SEGPLAN por el Coordinador del programa a 31 de diciembre de 2017, no coincide con las cifras enviadas por la SDS.

Sobre el particular, es preciso mencionar que el informe final de Auditoría de regularidad realizado al FFDS, para el periodo 2017, identificó falencias relacionadas con la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y veracidad de la información generada y comunicada al equipo auditor, aumentando la probabilidad

¹⁴⁹ Informe de gestión CBN – 1045 Vigencia 2017. Emisión informe febrero 2018. SDS – Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial. Dirección de Planeación Sectorial

¹⁵⁰ Informe final Auditoría de Regularidad realizado al FFDS, periodo 2017.

de inducción al error en el ejercicio del control fiscal, dada la falta de mecanismos de control que aseguren las características con que debe contar toda información que se genera en la entidad y la cual se entrega o reporta a los diferentes órganos de control, así como, para la toma de decisiones administrativas.

Se observaron también deficiencias en la formulación de diferentes proyectos, desde el punto de vista técnico, plazos de ejecución, planteamiento de metas, indicadores ambiguos y actividades, trayendo como consecuencias el incumplimiento y atraso en la prestación directa, oportuna y de calidad de los servicios de salud; así como también, la dificultad al realizar la evaluación de los mismos junto con el impedimento a un adecuado seguimiento a los proyectos de inversión para conocer los resultados y el impacto de los recursos en la población beneficiaria.

Por otro lado, retomando el párrafo que menciona las plataformas virtuales como medidas de fortalecimiento del Distrito, para prevenir la maternidad y paternidad a temprana edad y teniendo en cuenta que el actual Plan de Desarrollo destaca la ampliación de los mecanismos de atención a la ciudadanía (presenciales, virtuales y telefónicos, simplificación de los trámites y del acceso a la información y orientación en salud), es preciso anotar que adicional a la línea 106, se implementó la herramienta SEXPERTO a cargo del programa *“Gobernanza e Influencia Local, Regional e Internacional”*.

Esta herramienta virtual se constituye en una estrategia de información y orientación del Distrito Capital, cuyo objetivo es el de brindar respuestas inmediatas a preguntas generales sobre salud sexual y reproductiva, tomando como insumo un banco de información desarrollado por un equipo multidisciplinario (pediatras, ginecólogos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados, salubristas y politólogos), que garantiza la integridad y neutralidad ante las inquietudes de los niños y jóvenes.¹⁵¹ De esta forma la Secretaría de Salud en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá y Profamilia dan respuesta y canalizan a los consultantes sobre los servicios de salud que ofrece el Distrito a través de las Subredes.

Los temas sobre los cuales indagan los NNA se versan en autocuidado, autonomía en la toma de decisiones, anticoncepción y garantía de derechos enmarcados en la Política Nacional de derechos sexuales y derechos reproductivos. Es así, como en el 2017 se efectuaron 535.270 visitas a través de 153.216 usuarios, aclarando que

¹⁵¹ <https://sexperto.co>

estas cifras dan cuenta de las niñas y adolescentes que consultan sobre salud sexual y reproductiva, mas no de la población de niñas y adolescentes en estado de gestación.

No obstante lo anterior, durante la ejecución del presente informe, este ente de control efectuó seguimiento al tiempo de respuesta de esta plataforma ante algunas preguntas formuladas en diferentes momentos, encontrando que una vez enunciada la (s) mismas, se obtiene un correo respuesta al usuario comunicando lo siguiente:

“Hemos recibido tu pregunta, en unos días recibirás una respuesta a tu correo electrónico”

Gráfica No. 10: Evidencia Sexperto después de formular pregunta



Fuente: Correos electrónicos de los usuarios consultantes.

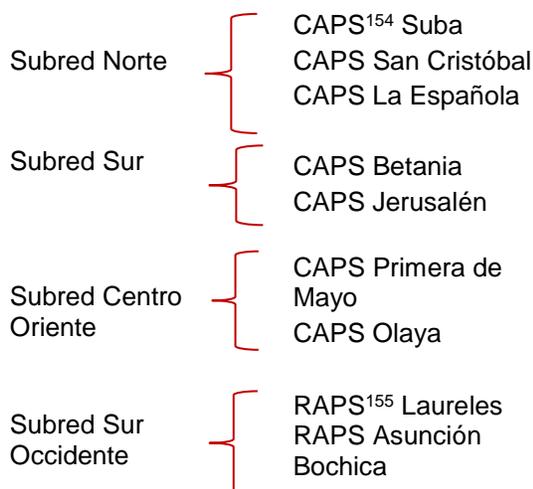
Sin embargo, pasado un tiempo prudencial no se recibió respuesta a ninguna de las siete preguntas formuladas a la plataforma por diferentes interesados¹⁵². Dado lo anterior, se desvirtuaría el objetivo de la plataforma Sexperto encaminado a brindar respuestas inmediatas a preguntas específicas sobre salud sexual y reproductiva, así como el hecho que esta herramienta brinde posibilidades a NNA y jóvenes de la

¹⁵² Dentro de los papeles de trabajo reposa una carpeta digital que corrobora lo afirmado.

ciudad en su toma de decisiones informadas, dada la inexistencia de respuestas puntuales¹⁵³.

Adicionalmente, a fin de fortalecer el Modelo de Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes, se implementaron 9 puntos de atención denominados Servicios Integrales en Salud para Adolescentes y Jóvenes – SISAJ, ubicados dentro de las Subredes, los cuales se constituyen en puntos de articulación con la estrategia de Sexperto, identificados a continuación:

Gráfica No. 11: Servicios de Salud Integral de Salud para Adolescentes y Jóvenes – SISAJ



Fuente: Secretaría de Salud Oficio 2018EE46511.

Con relación a los servicios de atención en salud prestados a NA embarazadas, a continuación se detallan en el siguiente cuadro:

¹⁵³ Se adjunta carpeta electrónica con las 5 preguntas formuladas desde diferentes usuarios, a los cuales el aplicativo dió la misma respuesta que en unos días se estaría contestando. Lo anterior, con el propósito de evidenciar el seguimiento realizado a la plataforma.

¹⁵⁴ CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud.

¹⁵⁵ RAPS Punto de Atención Primaria en Salud

Cuadro No. 18: Atención de embarazadas de niñas y adolescentes por cada servicio prestado año 2017

SERVICIOS	Niñas de 10 a 14 años	Adolescentes de 15 a 19 años	TOTAL
1. Consulta de control prenatal	101	6.302	6.403
2. Atención integral para la interrupción voluntaria de embarazo	34	212	246
3. Consulta por nutrición	ND*	ND*	
4. Consulta por odontología	ND*	ND*	
5. Atención del parto	20	2.297	2.317
6. Atención del puerperio inmediato	1.482	2.108	3.590
7. Anticoncepción inmediata post evento obstétrico	20	2.297	2.317
8. Atención del recién nacido	N/A	N/A	3.165
9. Control del recién nacido	N/A	N/A	3.165
10. Control postparto	1.482	2.108	3.590

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2016 – 2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares. (Datos preliminares reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria, IPS red urgencias y prestadores particulares, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de mayo de 2018).

*En el sistema de información de los registros individuales de prestación de servicios de salud no existe la variable de asociación entre atención del embarazo y atención por nutrición y odontología. Por lo anterior, no es posible dar estadísticas por estos dos variables a las embarazadas.

5.2.2.3. Fortalecimiento del sistema de protección integral a mujeres víctimas de violencias – SOFIA”

Este programa está a cargo del Sector Mujeres, plantea el diseño e implementación de servicios de atención, protección, orientación, acompañamiento psicosocial, asesoría jurídica, formación y sensibilización encaminada a la promoción de la eliminación de las violencias contra la mujer. Ha logrado la participación de ellas en la formulación e implementación de lineamientos técnicos y operativos para el funcionamiento y seguimiento del sistema SOFIA, como herramienta de prevención y atención integral de las mujeres víctimas de violencias que habitan el Distrito Capital.

Este proceso es apoyado por servidores formados y sensibilizados en las diferentes formas de violencia que afectan a las mujeres, con lo cual, se espera reducir los índices de tolerancia institucional hacia estas violencias y así garantizar el acceso a la justicia¹⁵⁶.

La actual administración ha implementado estrategias de atención como la LÍNEA PÚRPURA DISTRITAL, vista como el principal canal de recepción de casos que busca ayudar a las mujeres a enfrentar las consecuencias de las violencias en todos sus niveles. De igual manera, la Secretaría Distrital de la Mujer trabaja para poner en operación el SISTEMA DE INFORMACIÓN VIOLETA, que permitirá medir y presentar cifras oficiales sobre violencia contra las mujeres, con el fin de hacer seguimiento, consolidar, analizar la información, evaluar y gestionar el conocimiento sobre la violencia ejercida contra ellas¹⁵⁷.

Al respecto, es preciso aclarar que a pesar de que en principio estas estrategias se pueden considerar como mecanismos para orientar a las NA en estado de embarazo, su rango de cobertura tiene restricciones de edad. Tal es el caso de la Línea Púrpura y Violeta que atienden a mujeres mayores de 18 años¹⁵⁸, excluyendo a las menores de edad como si estuvieran exentas del maltrato. Por lo tanto, es importante que la Administración Distrital, tenga en cuenta que no todas las herramientas puestas a disposición para la atención de mujeres, abarcan a la población de niñas y madres gestantes inmersas dentro de la problemática objeto de análisis.

Situación similar ocurre con la aplicación móvil SOFIAPP, diseñada a través de la Secretaría Distrital de la Mujer en convenio con la Alta Consejería Distrital de TIC, quienes la diseñaron y desarrollaron buscando fortalecer la estrategia de la Administración Distrital, en torno a la prevención de las violencias contra las mujeres en Bogotá, encaminada a que ellas reconozcan y exijan su derecho a una vida libre de maltrato, fortaleciendo la estrategia denominada Bogotá una Ciudad Digital, incluida en el Plan de Desarrollo-BMT.

Así mismo, esta aplicación funciona como una red articuladora de género, en la que las usuarias pueden recibir orientación jurídica y psicológica comunicándose con

¹⁵⁶ Respuesta oficio IDIPRON No. 2018EE1429 de fecha 25/05/18.

¹⁵⁷ *Ibidem* y Oficio Secretaría Distrital de la Mujer 1-2018-02446 del 18 de mayo de 2018.

¹⁵⁸ Oficio Secretaría Distrital de la Mujer 1-2018-02446 del 18 de mayo de 2018.

sus contactos de confianza en caso de una emergencia o activando el marcado rápido a la línea de atención 123, donde se canalizan los casos por temas y edades. No obstante, las restricciones citadas anteriormente hacen relevante tener en cuenta que el indicador *“Tasa de utilización de servicio de atención telefónica para la prevención de las violencias contra las mujeres”*, proyectado en cuatro puntos haya aumentado de 0.39 a 0.97, resultado alcanzado por medio de la atención de 16.154 mujeres a través de la línea púrpura distrital, incrementando el número de llamadas en más de 10 mil en 2017, con relación a la vigencia 2016¹⁵⁹.

Las acciones de protección, seguridad y atención integral a mujeres y sus esquemas familiares, en lo corrido de la administración alcanzaron una *“Tasa de demanda de atención de violencias contra las mujeres”* del 3,85 registrando un avance a 2017, por encima de los 3 puntos propuestos en el PDD. Con esto se logró la atención de 9.694 mujeres víctimas de violencias a través de la oferta institucional. Para su avance se resalta la contribución de los equipos de las Duplas de atención psicosocial (DAP), que atendieron 38 mujeres, la Línea Púrpura Distrital (LPD) que atendió cerca de 2.000 mujeres, las Duplas de atención psicosocial que atendieron 38 mujeres y mediante la estrategia de acompañamiento a sobrevivientes de ataque con agentes químicos y trata de blancas se atendieron 23 mujeres¹⁶⁰.

Dada la cobertura de los indicadores analizados anteriormente en este programa, la administración está llamada a contemplar la posibilidad de ampliar este rango de población a niñas y adolescentes y no solo a mujeres mayores de 18 años, que al igual que estas últimas, son sometidas a diferentes tipos de violencia.

De otro lado, este programa también contempla espacios como las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, a cargo de la Secretaría de la Mujer – SDMujer, a través de las cuales se brindó asistencia a 8 niñas y adolescentes entre los 14 y 17 años en estado de embarazo, en orientación psicosocial (6) y socio jurídica (2)¹⁶¹. También se han realizado acciones de información dirigidas a NA sobre ejercicio de la sexualidad y los derechos sexuales y derechos reproductivos, encaminados a generar aprendizajes contextualizados, fortalecer la toma de decisiones autónomas, promover la vivencia de la sexualidad placentera, informada y libre de cualquier tipo de violencia,¹⁶² y la iniciativa de *“Tejiendo mundos de igualdad”*

¹⁵⁹ Respuesta oficio IDIPRON No. 2018EE1429 de fecha 25/05/18.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ Oficio Secretaría Distrital de la Mujer 1-2018-02446 del 18 de mayo de 2018

¹⁶² *Ibidem*.

con la sensibilización de 480 NN en derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género.

Así mismo, uno de los avances o logros alcanzados desde la Política de Mujer, se logró el posicionamiento de la agenda sectorial desde las subredes en todas las localidades en los temas de prevención de maternidad y paternidad tempranas, socialización de la Sentencia C-355 sobre interrupción voluntaria del embarazo y los temas relacionados con violencia sexual¹⁶³.

5.2.2.4 *“Inclusión Educativa para la equidad”*

El Sector Educación desempeña un doble papel en este reto de la disminución del embarazo adolescente a temprana edad, al tener responsabilidades tanto en lo directo como en lo indirecto, reflejado con el presente programa.

El cual tiene a cargo el diseño e implementación de una Ruta del Acceso y la Permanencia Escolar, que involucra el sistema de información para el monitoreo, la prevención y el análisis de la Deserción Escolar (SIMPADE) y busca contar con información en tiempo real sobre el número de personas que abandonan el sistema educativo.

Casos como los encontrados en encuestas como la Distrital de Deserción Escolar de 2015, arroja que dentro de las 33 causas de deserción el 1.2% de los estudiantes lo hicieron por razón de maternidad o paternidad. Adicionalmente, la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, refleja: del total de personas que no se encontraban estudiando en el 2016 y que no se habían graduado de la media, el 0.4% no asistió al sistema educativo por efectos de la maternidad temprana.

De acuerdo a información verificada por el Equipo Auditor de la Contraloría ante la SED¹⁶⁴, se estableció que para la meta de inversión *“Implementar 100% de los colegios oficiales la gratuidad educativa y/o acciones afirmativas para población vulnerable y diversa para facilitar su acceso y la permanencia, especialmente víctimas del conflicto, población rural, extra edad, trabajadores infantiles, grupos étnicos, condición de discapacidad, entre otros”*, la población objetivo programada fue de 820.075, de los cuales se beneficiaron 739.533, es decir que se dejaron de atender a 80.542 personas, con la siguiente distribución beneficiada:

¹⁶³ Informe de gestión CBN – 1045 Vigencia 2017. Emisión informe febrero 2018. SDS – Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial. Dirección de Planeación Sectorial.

¹⁶⁴ Informe final de auditoría de regularidad – SED, periodo auditado 2017.

- ✓ Población con discapacidad: 11.739.
- ✓ Población regular 727.114.
- ✓ Las restantes 680 personas con capacidades o talentos excepcionales.

Dado lo anterior, este ente de control asume que dentro de los beneficiarios pueden existir niñas o adolescentes en estado de gestación, en razón a que la entidad no desagregó completamente la información en términos de población con características de vulnerabilidad.

En cuanto al cumplimiento de la Ley de Educación sobre *“Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable”*¹⁶⁵, y sobre la obligatoriedad que en todos los niveles de los establecimientos oficiales o privados se debe tener en cuenta que la *“educación sexual, debe ser impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad”*¹⁶⁶, es preciso mencionar, que esta labor es llevada a cabo a través del programa en mención a fin de incidir en la prevención y mitigación del embarazo precoz en adolescentes.¹⁶⁷

Para el caso Bogotano, la SED afirma el respeto a la autonomía y apoyo a los colegios, fortaleciendo los proyectos de educación para la sexualidad, con estrategias formativas en Derechos Sexuales y Reproductivos, los cuales son generalmente responsabilidad de los orientadores o profesores de ética. No obstante, puede estar coordinada desde cualquier área disciplinar o directiva que asuma el compromiso y dedicación para desarrollar un Proyecto de Educación Sexual de calidad e incluyente.¹⁶⁸

Respecto a lo anterior, la Contraloría de Bogotá D.C, detectó en el 2016¹⁶⁹, con relación al Plan de Desarrollo BH, una deficiente planeación, falta de racionalización del gasto y una gestión antieconómica en razón a que la SED, destinó recursos del convenio de asociación para desarrollar un taller de *“prevención del primer embarazo adolescente”*, pese a que estas actividades eran propias de las funciones de los profesionales vinculados a la SED, en el cargo de “Docente Orientador”, aun

¹⁶⁵ Título II capítulo 1 artículo 13 numeral d) de la Ley 115 de 1994.

¹⁶⁶ Título II capítulo 1 artículo 14 numeral e) de la Ley 115 de 1994

¹⁶⁷ Ley 1620 de 2103 artículo 4 numeral 7

¹⁶⁸ Respuesta de la SED mediante oficio con radicado S-2018-92812

¹⁶⁹ Informe Final Auditoría de Regularidad SED vigencia 2016

sabiendo que dentro de la planta de la Secretaría en esta vigencia, se contaban con 1.507 *docentes orientadores*, principalmente profesionales en psicología, que dentro de sus funciones estaban las de: orientación vocacional, *diseño del programa de orientación, construcción del proyecto de vida, toma de decisiones, estudio profesiográfico y promoción y prevención: promoción afectivo- sexual*; entre otras.

Ante esta situación se espera que la administración de BMT, no incurra en acciones como las descritas anteriormente y utilice adecuadamente el recurso humano disponible, toda vez que ante las auditorías realizadas por este ente de control, se debe garantizar y supervisar el uso eficiente de los recursos públicos, en virtud de la función constitucional de control fiscal.

5.2.2.5 Desarrollo integral para la felicidad y el ejercicio de la ciudadanía.

Este programa se propuso como meta de resultados “Reducir en un 5% de la población habitante de calle entre 8 a 28 años, mediante acciones de reinserción a la sociedad y de prevención”, logrando un avance de 92% frente a la meta del cuatrienio, es decir, una reducción de 3.17%, equivalente a que bajo el contexto de internado, de 5.748 NNAJ en situación de vida en calle vinculados a los modelos pedagógicos del IDIPRON, 182 han avanzado en el proceso de resocialización en 2017 de forma sostenida durante 6 meses o han culminado satisfactoriamente, presentando progreso en su cambio de vida¹⁷⁰. No obstante, estas cifras reveladas no identifican la población de niñas y adolescentes embarazadas en situación de calle.

Así mismo, se vincularon en acciones de prevención a 621 NNA en riesgo de explotación sexual; se atendieron 141 NNA víctimas de explotación sexual y comercial (ESCNA), restableciendo sus derechos en cumplimiento del lineamiento del ICBF y por último, de la población atendida en 2016 no se registró ninguna niña o adolescente en estado de embarazo, mientras que en el 2017 se atendió una adolescente de 17 años de edad embarazada, la cual se puso a disposición del ICBF por encontrarse en alto riesgo. Esta entidad le ordenó al IDIPRON dar el permiso para que pudiera llevar su proceso en la casa¹⁷¹.

¹⁷⁰ Balance de Resultados 2017 del Plan de Desarrollo Distrital BMT 2016 – 2020, compilado por la Secretaría Distrital de Planeación.

¹⁷¹ Respuesta oficio IDIPRON No. 2018EE1429 de fecha 25/05/18.

5.2.2.6 Igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente

Este programa participa de manera indirecta con la meta de resultado “Contribuir al mejoramiento del estado nutricional del número de mujeres gestantes altamente vulnerables identificadas con bajo peso por la SDS y atendidas por la SDIS”, la cual ha atendido a través de la entrega de bono canjeable por alimentos a 1.484 mujeres gestantes identificadas con prevalencia de bajo peso, remitidas por la SDS: 169 en la vigencia 2016 y 1.315 en 2017¹⁷².

Al igual que algunos de los programas anteriormente analizados, no se contó con información que permitiera identificar de este universo de beneficiadas, cuantas corresponden a la población objeto de análisis.

De otra parte, una vez analizados tanto los programas directos e indirectos que intervienen en esta problemática, es preciso traer a manera de contexto algunos resultados de encuestas como la Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011 – EDDSB- para la ciudad, evidenciando:

- a. En las mujeres entre 15 y 24 años, el 11% sostuvo relaciones sexuales antes de los 15 años y el 57% de las mujeres jóvenes tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años.
- b. Para las adolescentes de 15 a 19 años unidas, el 63% usa métodos modernos de anticoncepción, el 4,8% tradicional y el restante 31,6% no utilizan actualmente ningún método. Para las adolescentes no unidas y sexualmente activas, el 76% usa métodos modernos, el 6,4% métodos tradicionales y el restante 17,5% no utiliza actualmente ningún método.
- c. Una relación inversa entre los recursos económicos y la participación del embarazo adolescente, genera en esta población un nivel de pobreza cada vez mayor. Para el índice de riqueza más bajo se evidencia una participación del embarazo adolescente del 26%, mientras para el índice más alto la participación es del 8%.

Es así, como también la Encuesta Multipropósito de Bogotá EMB 2014, reflejó que el 12% de las adolescentes no asisten al colegio o universidad y de éstas el 9,8% refiere que la principal razón por la cual no estudia es por causas de embarazo. Por

¹⁷² Ibídem.

otro lado, la EMB 2017 registró que del 9,5% de los adolescentes que no asisten a ninguna institución educativa, el 7,2 % argumentó que su inasistencia fue causada por encontrarse en estado de embarazo¹⁷³.

Sin embargo, a pesar de esta situación referente al porcentaje de embarazo adolescente, la ENDS en 2015 arrojó que en Bogotá el 3,4% de las mujeres entre 15 y 19 años estaban embarazadas, mientras que el 8,8% había tenido hijos. Esta cifra ubicaba en ese momento a la ciudad como la región con menos adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija¹⁷⁴.

Bajo este panorama, es preciso destacar que el embarazo adolescente impacta la continuidad en el sistema educativo, sus oportunidades y sobre todo la construcción de un proyecto de vida, influyendo en la posibilidad de acceso a un trabajo digno que permita cubrir sus necesidades, repercutiendo en la superación de la pobreza.

5.2.3 Análisis Plan de Acción de la Política de Infancia y Adolescencia -PPIA

Una vez revisada esta herramienta de seguimiento correspondiente a la vigencia 2017, la Contraloría de Bogotá encontró que existen inconsistencias entre los datos que reposan en las páginas web de las Secretarías Distrital de Planeación e Integración Social frente a la información allegada a este ente de control¹⁷⁵, generando falta de confiabilidad en las cifras reportadas al momento de realizar una evaluación. Entre las principales debilidades se destacan:

- En algunos casos el no diligenciamiento de las columnas del presupuesto programado y ejecutado, dificulta obtener un panorama completo y claro de cuál es la inversión destinada a la PPIA. Situación presentada entre otras con los proyectos de inversión 1096 meta 3 y 981 meta 2.
- No hay uniformidad en el manejo de las cifras, dado que algunas de ellas se presentan en unidades monetarias diferentes. Lo anterior, impide establecer con certeza cuál es el presupuesto real programado y ejecutado para la política. Situación visible en el proyecto de inversión 1003 a cargo de la Orquesta Filarmónica.

¹⁷³ Correo electrónico de fecha 16 de agosto de 2018, enviada por el funcionario Edwin Cuevas Chaves de la SDP.

¹⁷⁴ Documento Objetivos de Desarrollo del Milenio Cierre 2015. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C

¹⁷⁵ Respuesta de la SDIS del 18 de mayo de 2018 mediante oficio SAL47627.

- Para algunos proyectos de inversión se presenta el total del presupuesto asignado sin discriminarlo por meta, lo que dificulta reconocer cuánto es el monto específico destinado a la PPIA. Situación presentada en el proyecto 1049 de la SED.
- Se presume que el ejercicio de digitación está incompleto y en muchos casos errados, lo cual permite inferir que en repetidas ocasiones las cantidades se encuentran en casillas que no corresponden a la matriz. Para ejemplificar esta anomalía, se dio en el proyecto 1186 de responsabilidad de la SDS, donde la denominación de las metas 15 y 16 se ubicaron en las columnas correspondientes a presupuesto programado.
- Se presentó en determinadas oportunidades el mismo presupuesto total programado para las diferentes acciones que componen una misma meta, generando duplicidad en el mismo. Caso evidente en el proyecto 1096 de la SDIS, en las metas 6 y 8.
- En algunos casos no existe uniformidad en la redacción de las metas, al igual que disparidad en los presupuestos de las mismas, situación que ocurre al comparar los planes de acción frente a la información consignada en el SEGPLAN. Un ejemplo de lo anterior, se dio en la omisión del presupuesto programado al proyecto 1113 de la SDIS consignado en el Plan de Acción de las páginas web, mientras que en el SEGPLAN como en la respuesta emitida a esta entidad, si refleja la asignación presupuestal.
- Los avances de la política solo fueron reportados a este ente de control pero la información colgada en las páginas web carecen de la misma, hecho que no le permite a la ciudadanía conocer la situación real de la PPIA.

Dadas las inconsistencias detectadas con anterioridad, este organismo de control efectuó un ejercicio de verificación tomando como fuente el plan de acción remitido a la Contraloría¹⁷⁶. Estas revisiones involucraron: correcciones de ubicación, unificación de cifras, eliminación de duplicidad, sustracción de datos que no

¹⁷⁶ Respuesta de la SDIS del 18 de mayo de 2018 mediante oficio SAL47627.

corresponden, entre otras; determinando que el presupuesto programado fue de \$2.7 billones de pesos, no obstante al compararlo con información consignada en el SEGPLAN, este disminuyó a \$1.4 billones de pesos. Por ende y ante las debilidades mencionadas, se dificulta el ejercicio de evaluación, por la poca confiabilidad que presentaron las fuentes revisadas.

Ahora bien, al analizar el peso que tiene la problemática de embarazo en niñas y adolescentes dentro del plan de acción de la Política de Infancia y Adolescencia, se evidenció que este ascendió a 8.64% teniendo en cuenta tanto las acciones directas como indirectas.

De otro lado, con relación al peso de esta problemática frente al Plan de Desarrollo BMT, se observó que el 0.87% del presupuesto programado se destinó a su atención, equivalente a \$157.612 millones con una ejecución en lo corrido del plan del 98.8%, teniendo en cuenta todas las acciones involucradas para su atención.

No obstante, como se ha reiterado a lo largo de este informe, solo el Programa de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Tempranas, con un peso del 0.017%, en lo corrido del plan de desarrollo tiene incidencia directa en la problemática objeto de estudio.

En este orden de ideas y teniendo en cuenta que dentro del PD-BMT, el Pilar *“Igualdad de Calidad de Vida”* tiene el mayor peso ponderado del 40.11%, con una conformación de doce programas, dentro de los cuales el de menor ponderación dentro del mismo es el programa *“Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Tempranas”*, con un 0.16%, se desvirtúa de esta forma que este tema sea una de las problemáticas más apremiantes a atender por la actual administración, máxime cuando su asignación presupuestal y su ponderación física son las más bajas.

Con el fin de poder ilustrar de manera precisa los proyectos y metas que atañen directa o indirectamente a la problemática objeto de estudio, se adjunta la matriz del Plan de Acción de la PPIA con corte a 31 de diciembre de 2017, donde se resalta en color amarillo lo concerniente al embarazo a temprana edad. (Ver anexo 2)

Finalmente y ante lo expuesto en los párrafos precedentes, este ente de control considera que el plan de acción no está siendo utilizado por la administración, como un elemento de gestión efectivo que permita conocer los avances reales de la

Política Pública y realizar el seguimiento y evaluación a cargo tanto de los organismos de control como de la ciudadanía en general¹⁷⁷.

Por lo anterior, se hace necesario que las entidades participantes se comprometan con un eficaz diligenciamiento de la información con el propósito de darle un profundo carácter evaluativo a programas tan ambiciosos como estos, que necesitan de una mayor atención por parte de las autoridades correspondientes no solo en términos de vigilancia presupuestal, ejecución, colaboración y compromiso de los sectores implicados.

5.2.4 Análisis de encuestas adolescentes embarazadas y no embarazadas

En este ítem se presenta el análisis de las encuestas realizadas por la Contraloría de Bogotá, a niñas y adolescentes de las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa y Suba; en el marco de la evaluación a la Política Pública de Infancia y Adolescencia del Distrito Vigencia 2017.

El propósito de las encuestas es contrastar las condiciones presentadas por los adolescentes beneficiarios del programa *“Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Tempranas”*, respecto a los adolescentes que se encuentran en situación de embarazo o que hayan presentado un embarazo durante el año 2017.

La selección de la muestra de las localidades se estableció teniendo como criterio aquellas que superaran los 1.000 casos de nacimientos en menores de 18 años, durante la vigencia 2017, lo que las convierte en las localidades más críticas respecto a la problemática de embarazo a temprana edad. Para el efecto se estableció una muestra de 86 NNA en la aplicación de las encuestas (43 en situación de no embarazo y 43 en situación de embarazo), con un margen de error de 9% y un grado de confiabilidad 90%.

Se diseñaron dos tipos de encuestas, la primero dirigida a las adolescentes que No se encuentran en situación de embarazo, con 31 preguntas y la segunda grupo conformado por los (as) adolescentes que se encuentran o han estado embarazados, mediante la formulación de 33 preguntas.

¹⁷⁷ El análisis realizado en este informe se hizo a partir de documentos solicitados a la SDIS, sin embargo no se desconoce que a partir del Decreto Distrital 668 de 2017, establece un periodo de transición para que las entidades del Distrito Capital actualizar las herramientas de política pública con el Conpes distrital.

Para la formulación de las preguntas se tomó como referente el modelo teórico de los “*Determinantes Sociales de la Salud*”, el cual permite una comprensión de la situación de salud de los sujetos, por medio de un análisis de las condiciones sociales que inciden en el desarrollo humano y en sus condiciones de salud; identificando las causas de los factores que determinan la ocurrencia de eventos en las condiciones de salud, en el caso que nos compete, el embarazo a temprana edad.

En este sentido, el diseño de las encuestas se hizo de manera mixta o semiestructurada, incorporando preguntas de tipo abiertas y cerradas, permitiendo obtener, por un lado, un conocimiento más a fondo de particularidades, con un análisis cualitativo de las respuestas y por el otro, establecer generalidades con un análisis cuantitativo de las preguntas cerradas.

Para la tabulación y sistematización de la información proporcionada por parte de los NNA, a través de las encuestas, se hizo a través de dos herramientas informáticas: Atlas Ti (para el análisis cualitativo) y Statistical Package for the Social Sciences -SPSS (en la revisión cuantitativa). La primera, para la aplicación de un análisis cualitativo.

Para comprender las particularidades de esta propuesta conceptual se proceden a señalar los tipos de determinantes y sus componentes¹⁷⁸:

- Determinantes próximos: hacen referencia a los presentes en el individuo como los factores genéticos, biológicos y del comportamiento, que se asocian con su salud o enfermedad.
- Determinantes intermedios: involucra factores relacionados con la red y estructura familiar y con las redes sociales como la relación a los pares y su influencia.
- Determinantes contextuales: hace referencia a los factores dados por el contexto como los lugares de residencia donde se materializan las políticas públicas a través del funcionamiento de los diferentes sectores de la sociedad.

¹⁷⁸ Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud –OMS- 2007

Cuadro No. 19: Factores Determinantes

DETERMINANTES PRÓXIMOS	DETERMINANTES INTERMEDIOS	DETERMINANTES ESTRUCTURALES O CONTEXTUALES
Factores Biológicos	Familia, pares y redes sociales	Pobreza
Edad Menarquia	Estructura y tamaño del hogar	Inequidades sociales
Fertilidad	Hogares con jefatura femenina	Relaciones de dominación y subordinación de género
Factores de Comportamiento	Historia de embarazo adolescente	Normas sociales y de género
Inicio de Relaciones Sexuales	Violencia Intrafamiliar	Valores de la Sociedad
Nupcialidad	Abandono o falta de monitoreo en el hogar	Institucionales, políticos, comunitarios
Uso/no de los métodos anticonceptivos	Comunicación con padres	
Acceso a servicios de salud y educación	Aceptación y apoyo parental	
	Calidad en la educación Sexual	
	Cohesión con pares	
	Disponibilidad de apoyo	
	Percepción de oportunidades y proyecto de vida	
	Edad, Educación	
	Percepción, Actitudes, Creencias	
	imaginarios sobre sexualidad y amor	
	Pensamiento Mágico	
	Manejo del Tiempo libre	

Fuente: Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud –OMS- 2007. Cuadro elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

A continuación, se presenta un análisis de los datos de la encuesta desarrollada en el marco de este estudio, agrupadas por los siguientes tópicos:

➤ **Datos Generales de la Población**

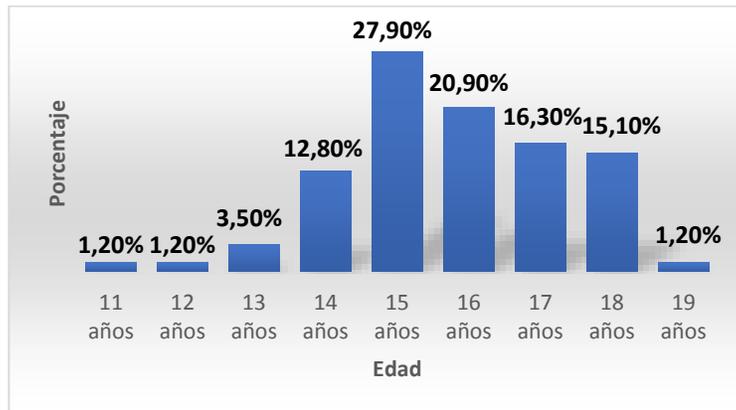
Los NNA encuestados, se ubican en cuatro localidades de la siguiente manera: 32,6% en Kennedy (28 personas), 27,9% (24 personas) en Ciudad Bolívar, 22,1% en Suba (19 personas) y 17,4% en la localidad de Bosa (15 personas). Del total de encuestados el 50% correspondió a NNA en situación de embarazo (NNA SE) y el restante 50% a NNA, en situación de no embarazo (NNA SNE).

En cuanto a los NNA SNE, el porcentaje de mujeres que accedieron a responder la encuesta fue de un 69,8% (30 personas), mientras que los hombres registraron una participación de 30,2%(13 personas). Así mismo, para NNA SE, se tuvo una participación más dispar, donde el 90,7% (39 personas) de los que accedieron a participar fueron mujeres y tan solo el 9,3% (4 personas) correspondió a los hombres. Esta diezmada participación de los hombres en la encuesta se debe a que aún se tiene normalizado que la problemática de embarazo a temprana edad carga esencialmente sobre las mujeres.

Edad de los Encuestados

La mayoría de los encuestados se encuentran entre los 15 y los 18 años. Con la siguiente participación, siendo la edad de 15 años la más significativa con un 27,9% el cual corresponde a 24 personas.

Gráfica No. 12: Edad del total de NNA encuestados



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Grado Escolar de los Encuestados

Se evidenció que el grado noveno es el curso en el que la mayoría de NNA se encuentran con un 29.1% (25 personas), seguido por los adolescentes que terminaron su bachillerato con un 14.0% y por aquellos que se encuentran en los grados de séptimo, octavo y décimo con un 12,8% (11 personas) en cada caso.

Cuadro No. 20: Grado de escolaridad de los NNA

Grado escolar	Porcentaje
Tercero	1,2%
Quinto	3,5%
Sexto	4,7%
Séptimo	12,8%
Octavo	12,8%
Noveno	29,1%
Decimo	12,8%
Once	8,1%
Bachiller	14,0%
Técnico	1,2%
Total	100,0%

Fuente: Cuadro elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

En cuanto al grado de escolaridad de los NNA (SNE) encuestados, se obtuvieron los siguientes datos: 39.5% (17 personas) se encuentra en noveno grado; seguido por quienes terminaron su bachillerato con un 18.6% (8 personas), continúa séptimo con el 11,6%(5 personas), octavo con el 11,6%(5 personas), décimo con 9,3% (4 personas), sexto con el 4,7%(2 personas) y finalmente once y técnico con un 2,3% (1 persona) en cada caso.

En cuanto al grado de escolaridad de los NNA (SE) encuestados, se evidenció que noveno es el curso que la mayoría se encuentra cursando con un 18,6% (8 personas), seguido por el grado décimo con un 16,3% (7 personas), octavo, séptimo y once cada uno con un 14% (6 personas), el 9,3% (4 personas) ya terminó el bachillerato; y finalmente quinto, sexto y tercero con un 7% (3 personas), 4,7% (2 personas) y 2,3% (1 persona) respectivamente.

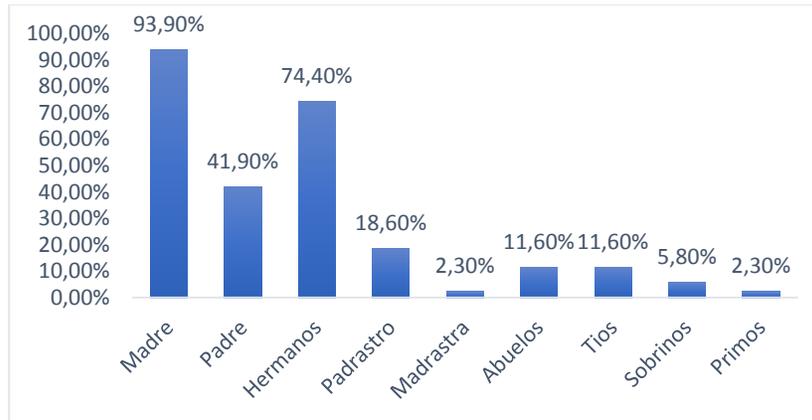
➤ **Conformación del hogar y convivencia**

En este acápite se indagó por la conformación del hogar, la familia y la convivencia con ellos, pues se entiende que un entorno familiar agradable es indispensable para facilitar el buen desarrollo de la personalidad de los niños, el afianzamiento de sus capacidades y la construcción de seguridades y comportamientos.

Así mismo, no se puede desconocer que la prevención del embarazo, no solo le atañe, a un programa o institución, sino que es un trabajo mancomunado de toda la sociedad y en especial de la familia. De manera que cuando de tomar decisiones sobre educación sexual y reproductiva se trata, los padres son los primeros maestros que tienen los NNA y para ello es fundamental tener una confianza y una comunicación constante para conversar sobre el tema.

En esta medida, la conformación del hogar de los NNA encuestados se basa fundamentalmente en la presencia de la madre quien está presente en un 93,9% de los hogares (80 hogares). Igualmente, la segunda persona que más convive con los encuestados son los hermanos, quienes hacen presencia en un 74,4% de los hogares (64 hogares). El tercer, miembro de la familia son los padres, que están presentes en un 41,9% de estos (36 hogares), le continúan el padrastro con 18,6% (16 hogares), los abuelos y los tíos con un 11,6% (10 hogares), los sobrinos con un 5,8% (5 hogares) y finalmente la madrastra y los primos en un 2,3% de presencia en los hogares (2 hogares en cada uno).

Gráfica No. 13: Presencia en los hogares de los NNA



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Con relación a la convivencia con los miembros del hogar, se indagó por la calidad en la relación que los NNA tienen con sus padres y hermanos, arrojando los siguientes datos: la mayoría de ellos con un 68,6% (59 personas), indicó que tiene una buena convivencia con sus padres; un 25,6% (22 personas) tienen una relación regular con ellos, y tan solo un 5,8% (5 personas) manifestó que la misma se daba en malos términos. En cuanto a los NNA que tienen hermanos, estos también en su mayoría señalaron relacionarse bien con ellos, con un 69% (44 personas), un 25,4% (16 personas) señaló que la convivencia con sus hermanos se daba en términos regulares y un pequeño porcentaje de 5,6% (4 personas) tenían una mala relación.

Para el grupo de NNA (SNE), se observó que la madre mantiene una presencia similar a la registrada por todos los NNA (SE), con un 93% de presencia en los hogares (40 hogares), asimismo, se evidencia que la presencia del padre en el hogar de este grupo es mayor de 46,5% (20 hogares). En cuanto a los hermanos, estos tienen una presencia de 72,1% en los hogares (31 hogares), los tíos en el 16,3% (7 hogares), el padraastro, los sobrinos y los abuelos hacen presencia en un 11,6% de los hogares (5 hogares en cada caso), la madrastra y los primos con un 2,3% y 4,7% respectivamente (1 y 2 hogares).

En cuanto a la calidad en la convivencia con los padres y hermanos de los NNA (SNE), estos señalaron en su mayoría tener una buena relación con sus padres, en un 69,8% (30 personas), de este grupo indicó relacionarse en buenos términos con ellos. Asimismo, el 25,6% (11 personas) señaló tener una relación regular con sus

padres y apenas un 4,75% (2 personas) tiene una mala relación. De igual modo, un alto porcentaje de los NNA (SNE), de 68,6% (24 personas), afirmó tener una buena relación con sus hermanos; un 28,6% (10 personas) indicó tener una convivencia regular con ellos y tan solo el 2,9% (1 persona) manifestó tener una mala relación.

Por otro lado, respecto al grupo de NNA (SE), ocurrió lo mismo con la presencia de la madre en los hogares con un 93% (40 hogares), seguido de los hermanos que tienen una presencia del 76,7% (33 hogares), el tercer miembro que mayor compone los hogares es también el padre con un 37,2% (16 hogares), seguido del padrastro con un 25,6% (11 hogares) y finalmente con menos presencia se encuentran los abuelos, tíos y la madrastra con un porcentaje de 11,6% (5 hogares), 7% (3 hogares) y 2,3% (1 persona) respectivamente.

Para este grupo de NNA (SE), los datos respecto a la calidad en la convivencia con los padres y hermanos antes de su embarazo, fueron muy similares a los NNA (SNE), al señalar que un 67,4% (29 personas) tienen una relación en buenos términos con sus padres, el 25,6% (11 personas) indicaron tener una convivencia regular y apenas un 7% (3 personas) señaló relacionarse en malos términos. Igualmente, la relación con los hermanos no varía de manera sustancial, pues el 69,4% (25 personas) de este grupo han tenido una buena relación; el 22,2% (8 personas) manifestaron tener una relación regular con los hermanos; y el 8,3% (3 personas) que señalaron tener una mala convivencia.

En términos generales, los resultados obtenidos en ambos grupos no difieren en gran medida en cuanto a la conformación del hogar, así como tampoco difieren en la calidad de la convivencia que se da en el núcleo familiar. Esto indica que, si bien se suele vincular el fenómeno del embarazo en la adolescencia a problemas en las dinámicas al interior de los hogares, los cuales tienen dificultades en proveer los elementos necesarios para el desarrollo físico y emocional de los NNA; los resultados no evidencian una correlación entre hogares con problemas de convivencia y la situación de los NNA (SE), en la medida en que estos manifestaron tener buenas relaciones con su núcleo familiar, igual que los NNA (SNE).

➤ **Asesoría o consejos recibidos por el círculo de allegados**

Igualmente, se indagó si los NNA han recibido algún tipo de asesorías o consejos por parte del círculo de allegado acerca del tema de prevención del embarazo, sexualidad o métodos anticonceptivos, hallando que una gran mayoría de ellos manifestó haberlas recibido, con un 91,9% (79 personas), mientras que el 8,1% (7 personas) señaló no haber recibido ningún tipo de consejo o asesoría por su círculo de allegados.

Asimismo, se encontraron resultados similares a los anteriores, pero respecto del total de NNA (SNE) encuestados, donde el 97,7% (42 personas) manifestó haber recibido algún consejo o asesoría por parte de algún allegado y tan solo un porcentaje muy reducido de los encuestados manifestó no haber recibido ningún tipo de asesorías por sus allegados, con un 2,3% (1 persona).

Por el lado de los NNA (SE), los resultados no se alejan mucho de todos los anteriores, en estos un 86% (37 personas) de ellos señaló haber recibido algún tipo de asesorías, comparado con el 14% (6 personas) restante que afirmó lo contrario.

Quienes recibieron algún tipo de consejo o asesoría, seleccionaron de manera múltiple las personas allegadas que les brindaron estas asesorías, siendo la madre de los NNA, la persona que más los ha asesorado, teniendo una participación de 84,8% (66 personas) entre todos los encuestados. En contraste al resto de allegados que les brindaron asesorías, la segunda persona que más los ha asesorado fue el padre con un 30,4% (en 24 personas) de participación; siguiendo los hermanos con un 26,6% (21 personas), los amigos con un 24,1% (19 personas), otro familiar con el 16,5% (13 personas) y compañeros de clase con un 13,9% (11 personas).

Gráfica No. 14: Participación porcentual de allegados que brindó asesorías



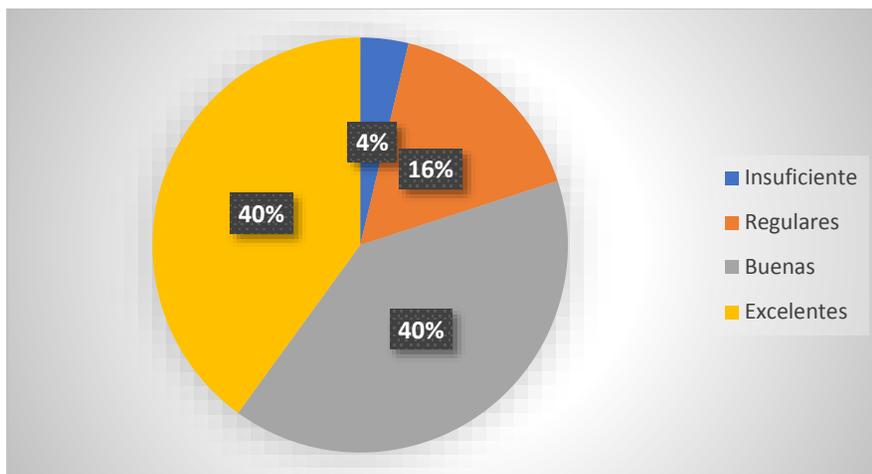
Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Respecto a los NNA (SNE), la persona que más veces los ha asesorado en temas de sexualidad, embarazo a temprana edad y métodos anticonceptivos, sigue siendo la madre, la cual tiene una participación de 85,4% (35 personas), en las asesorías recibidas por este grupo. La segunda persona, que más los aconseja en estos temas, son sus propios amigos, con un 31,7% (13 personas). En tercer lugar, se ubican los hermanos y los padres, pero con una participación mucho más baja que la madre, con un 29,3% (12 personas) cada uno. Finalmente compañero de clase y otro familiar 19,5% (8 personas) y otro con 14,6% (6 personas).

Por el lado, de los NNA (SE) los resultados han sido muy similares, pues la madre sigue siendo el allegado que más les ha dado asesorías sobre estos temas, con un 86,5% (32 personas), la segunda persona es el padre con un 32,4% (12 personas), le siguen los hermanos con un 24,3% (9 personas), otro familiar con un 18,9% (en 7 personas) los amigos con 16,2% (6 personas), compañero de clase corresponde a un 5,4% (2 personas).

También se sondeó por la percepción que se tenía de estas asesorías a quienes las recibieron, el 80% tienen una alta valoración de las asesorías recibidas, toda vez que el 40% (32 personas) de los encuestados las calificaron como excelentes, sumado a un 40% (32 personas) las calificaron como buenas. El restante 20% (16 personas) señaló tener una baja percepción de las asesorías, entre apreciaciones regulares e insuficientes.

Gráfica No. 15: Percepción de las Asesorías del Círculo de Allegados



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

En cuanto al grupo de NNA (SNE) se encontraron datos similares; el 47,6% (20 personas) indicó que les parecieron excelentes las asesorías brindadas por sus allegados; el 40,5% (17 personas) que fueron buenas; el 9,5% (4 personas) que estuvieron regulares y apenas el 2,4% (1 persona) que les parecieron insuficientes.

Por el lado del grupo de NNA (SE), igualmente se concentra en una apreciación alta sobre las asesorías, el 31,6% (12 personas) las consideraron como excelentes y el 39,5% (15 personas) como buenas. Sin embargo, sobresale el porcentaje que afirmó que las asesorías fueron regulares, el cual subió a un 23,7% (9 personas), sumado al porcentaje que las consideró como insuficientes, que se incremento a un 5,3% (2 personas).

A la pregunta de cómo en la mayoría de las veces obtuvo esa información, un poco más de la mitad de los NNA encuestados, respondieron que casualmente con un 57,5% (46 personas), seguidamente por iniciativa propia y de sus allegados con un 22,5% (18 personas) y un 20% (16 personas) respectivamente.

En relación con las mujeres, los resultados fueron similares a los globales, pues ellas expresaron en su mayoría que obtuvieron las asesorías por casualidad, con el 54% (34 personas) de ellas; mientras que la iniciativa propia y la iniciativa de sus allegados obtuvieron un 23,8% (15 personas) y 22,2% (14 personas), respectivamente. En cuanto a los hombres, los resultados varían considerablemente dado que el 70,6% (12 personas), señaló que la consiguió de

manera casual, lo que implica que la iniciativa propia y la de sus allegados se reducen a un 17,6% (6 personas) y a un 11,8% (2 personas) respectivamente.

Observando los datos del grupo de NNA (SNE), los resultados son similares a los globales, pues un poco más de la mitad de los que recibieron asesorías o consejos, respondieron obtenerlas casualmente con el 52,4% (22 personas), seguido por un 23,8% (10 personas) que afirmó haberlas obtenido por iniciativa propia o por sus allegados, con el mismo porcentaje en cada una de las opciones.

En cuanto al grupo de NNA (SE), el porcentaje que recibió las asesorías de manera casual subió a un 63,2% (24 personas), mientras que por iniciativa propia no varió de manera considerable con un 21,1% (8 personas). Cuestión que contrasta con el porcentaje que afirmó que las recibió gracias a la iniciativa de sus allegados, pues este se redujo a un 15,8% (6 personas).

Por otro lado, se le preguntó de manera abierta a los NNA la opinión que tenían de las asesorías y consejos, encontrándose en el análisis cualitativo, que para ellos, estas son una fuente primordial a la hora de comprender cuestiones relativas al ámbito sexual; así como también permiten un primer acercamiento a la hora de tomar decisiones.

No obstante, estas opiniones demuestran que independientemente de que las asesorías les lleguen de manera temprana y didáctica, el punto a considerar es que son brindadas por personas que carecen de la experticia adecuada; sumado al hecho que en muchas ocasiones, las asesorías se inmiscuyen con temas religiosos y morales, lo que dificulta bastante hablar sobre estos temas.

Cabe añadir que una fuerte mayoría de NNA (SE) comentó que si bien las asesorías eran de buena calidad, estos hicieron caso omiso de las mismas, demostrando que el círculo familiar es la base fundamental que debe tratarse si se desea reducir la problemática de embarazo temprana edad. En contraste, una minoría significativa aludió que no recibió ningún tipo de educación sexual por parte de sus allegados, lo que sin duda es una variable de peso al demostrar que las familias no están lo suficientemente preparados para asumir el papel de orientador o cuidador sobre la población que se encuentra en una etapa exploratoria en su vida.

En resumen, es evidente el papel que juegan las madres en la enseñanza de estos temas en ambos grupos de NNA, ya que en cierta medida ellas son quienes en primera instancia imparten los conocimientos en materia de sexualidad, uso de métodos anticonceptivos o embarazo en la adolescencia. Igualmente, se evidencia que en general los NNA ni sus allegados tienen el interés de abordar estos temas;

pues la manera en que reciben esta información se da fundamentalmente en ocasiones casuales y circunstanciales; lo que significa que tanto ellos como sus allegados mantienen cierta reticencia para romper los tabúes y preceptos morales que se han construido alrededor de la sexualidad.

En este sentido, se debe trabajar en la transmisión de información adecuada y veraz, no solo en los NNA, sino también en su familia, quienes también brindan ciertos conocimientos sobre el tema, máxime cuando según los resultados expuestos demuestran que la mayoría de estas asesorías son bien recibidas por ellos y apreciadas de forma positiva.

➤ **Asesorías y capacitaciones brindadas por el Distrito**

Por otro lado, también se indagó por el tipo de asesorías que ha brindado la Administración Distrital a los NNA, para prevenir el embarazo a temprana edad; la forma en que accedieron a ellas y la opinión que les generó. En este sentido se obtuvieron los siguientes datos:

En cuanto al tipo de asesorías recibidas por todos los NNA, un 73.7% de estas estuvo enmarcada principalmente en charlas, las cuales abarcaron temas relacionados con derechos sexuales, prevención de embarazo a temprana edad, mitos y verdades en la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. De la misma manera, el restante 26.3% correspondió al uso de métodos anticonceptivos.

No obstante, vale aclarar que cada uno de estos NNA, recibió varias de estas asesorías y capacitaciones así: el 31,4% (27 personas) de los encuestados manifestó que el tema de derechos sexuales fue el de mayor recepción; seguido del uso de métodos anticonceptivos, ofrecido al 29,1% (25 personas) de los chicos; en tercer lugar la prevención del embarazo a temprana edad, como en mitos y verdades en la sexualidad, recibidos por el 18,6% (16 personas) de los encuestados y en cuanto a la asesoría que menor difusión tuvo fue la correspondiente a enfermedades de transmisión sexual en un 15,1% (13 personas) de los NNA. Finalmente, el 17,4% (15 personas) manifestó no haber recibido ninguna asesoría por parte del Distrito.

Cuadro No. 21: Asesorías y capacitaciones brindadas por el Distrito

Tipos de Asesorías y Capacitaciones	Porcentaje de asesorías brindadas por el distrito	Porcentaje de NNA que recibieron asesorías y capacitaciones
Charla sobre Derechos Sexuales	28,4%	31,4%
Charla Sobre Prevención de embarazo a Temprana edad	15,8%	18,6%
Charla Sobre Enfermedades de Transmisión Sexual	13,7%	15,1%
Charlas sobre Mitos y Verdades en Sexualidad	15,8%	17,4%
Uso de Métodos anticonceptivos	26,3%	29,1%
No recibió ninguna asesoría	0%	17,4%
Total	100,0%	127,9%

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Por otro lado, se indagó por las entidades que les brindaron las anteriores asesorías a los NNA, dando como resultado que han sido fundamentalmente tres sectores los que han estado participando: Educación, Integración Social y Salud.

Igualmente, vale la pena señalar que el 10,5% (9 personas) del total de NNA encuestados, no tiene claridad sobre las entidades o sectores que les han brindado estas asesorías o capacitaciones. Pero quienes tenían el conocimiento sobre las entidades, señalaron que fue la Secretaria de Educación, la que más ha participado en la oferta de las mismas, pues el 43% (37 personas) de los NNA manifestaron haberlas recibido en espacios adscritos a los colegios, en especial en semilleros artísticos y de derechos. Por otro lado, la secretaria de Integración Social ha tenido una participación considerable por medio de las casas de juventud, en estas, un 15,1% (13 personas) de los NNA señalaron haber recibido estas asesorías y capacitaciones. Finalmente, la Secretaria de Salud tuvo en las asesorías una participación del 14% (12 personas), ofrecida en los centros de salud.

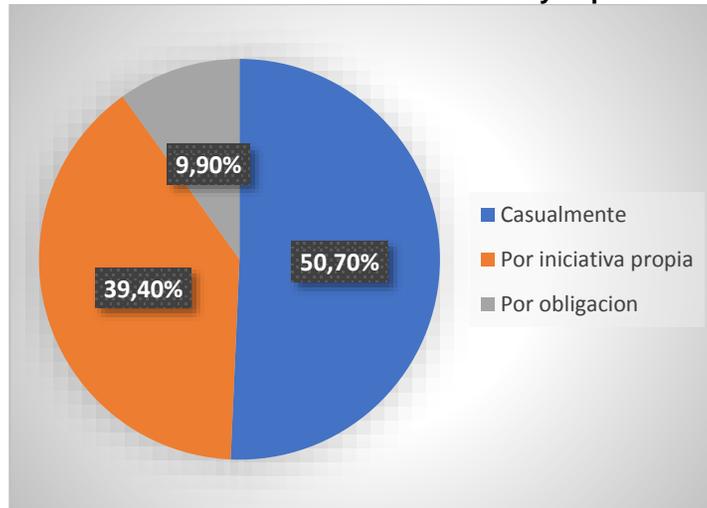
Cuadro No. 22: Sectores y entidades del Distrito que brindan asesorías y capacitaciones

Entidades del Distrito	Porcentaje
Secretaría de Integración Social	15,1%
Secretaría de Educación Distrital	43,0%
Secretaría de Salud	14,0%
Total	72,1%
Ninguna Institución	17,4%
Desconoce la Institución	10,5%
Total	100%

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Respecto a la manera en que los NNA accedieron a las asesorías y capacitaciones brindadas por el Distrito, el 50,7% (36 personas), manifestó haberlos recibido casualmente y el 39,4% (28 personas) manifestó haberlas tomado gracias a iniciativa propia. Por último, el 9,9% (7 personas), las recibió por obligación o algún tipo de responsabilidad.

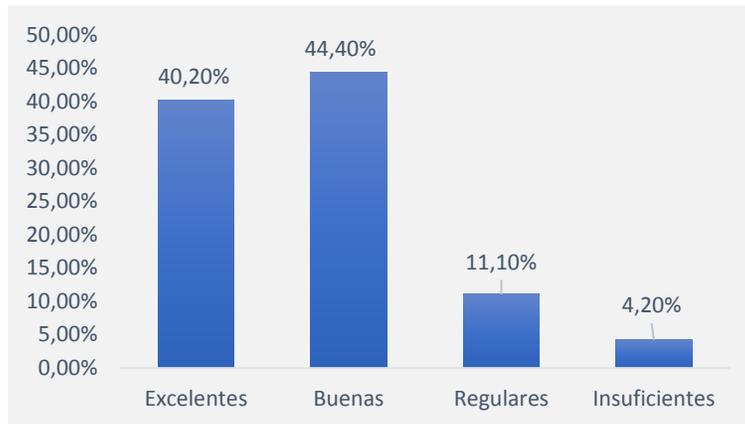
Gráfica No. 16: Como obtuvieron los NNA las asesorías y capacitaciones del Distrito



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

De igual manera, se indagó sobre la percepción que les generó a los NNA estas acciones de la administración Distrital, teniendo una alta valoración, entre buenas y excelentes, con un 44,4% y 40,2% (32 y 29 personas) respectivamente. Mientras que un porcentaje muy reducido las consideró como irregulares e insuficientes, con un 11,1% y 4,2% (8 y 3 personas) correspondientemente.

Gráfica No. 17: Percepción de los NNA sobre las asesorías y capacitaciones del Distrito



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Al preguntarse por la opinión que le merecían a los NNA, estas asesorías y capacitaciones, se evidenció una satisfacción mayoritaria frente a las diferentes acciones que se realizan para instruir en la prevención del embarazo. Si bien, esta amplia mayoría se sintió muy conforme con ellas, es notable que esta pregunta fue la menos respondida dejando vacíos en términos cualitativos, esto podría ser debido a que los NNA no han recibido las capacitaciones necesarias.

Sumado a lo anterior, se infiere que los encuestados no poseen claridad sobre qué tipo de entidad o sector les brinda estas asesorías y capacitaciones, solo se manifiesta que han acudido a charlas, sesiones grupales, conversatorios, etc. Por último, cabe aclarar que si bien hay un consenso respecto a la buena calidad de las asesorías dadas, también es claro que los encuestados consideran que se debe trabajar en mejorar la cobertura de las mismas, la periodicidad de estas acciones en los colegios y la profundización sobre el uso y adquisición de métodos anticonceptivos.

Ahora bien, en cuanto a las asesorías brindadas al total de NNA (SNE) un 32,6% (14 personas) recibió charlas sobre derechos sexuales, el 27,9% (12 personas) sobre prevención del embarazo a temprana edad y capacitación en el uso de métodos anticonceptivos, un 23,3% (10 personas), indicó a ver recibido charlas sobre mitos y verdades en la sexualidad, un 9,3% (4 personas) sobre enfermedades de transmisión sexual y por último, el 2,3% (1 persona) manifestó no haber tenido asesoría o capacitación por parte del Distrito.

En relación con el conocimiento sobre los sectores del Distrito que les brindaron asesorías, el 16,3% (7 personas) de los NNA (SNE) encuestados no tienen claridad sobre el sector o la entidad que se las brindó y un 2,3% (1 persona) señaló no haberlas recibido por alguna entidad del Distrito. Quienes, si tenían este conocimiento, indicaron que fue la Secretaria de Educación, la que más ha participado en la oferta de estas asesorías y capacitaciones con un 44,2% (19 personas) en espacios adscritos a los colegios, en especial en semilleros artísticos y de derechos, seguido por la Secretaria de Integración Social con un 25,6% (11 personas) y la Secretaria de Salud con un 11,6% (5 personas).

El 52,4% de los encuestados de este grupo, manifestó haber recibido las asesorías y capacitaciones casualmente, el 38,1% por iniciativa propia, por último, en un porcentaje reducido de 9,3% señaló que las recibió por obligación o algún tipo de responsabilidad.

Frente a los NNA (SE), se encontró que del total de este grupo un 30,2% (13 personas) de ellos recibieron charlas en derechos sexuales, un 30,2% (13 personas) recibió capacitación en uso de métodos anticonceptivos, un 20,9% (9 personas) señaló haber recibido charlas sobre enfermedades de transmisión sexual, un 11,6% (5 personas) sobre charlas sobre mitos y verdades en la sexualidad, y apenas un 9,3% (4 personas) en asesorías relacionadas con la prevención de embarazo a temprana edad. Sin embargo, llama la atención de manera abrupta, que el mayor porcentaje equivalente al 32,6% (14 personas) de este grupo de NNA (SE) manifestó nunca haber recibido alguna asesoría o capacitación del distrito.

Al indagarse por las entidades del distrito que les brindaron las asesorías, se evidenció que el 41,9% (18 personas) de los encuestados las recibió por parte de la Secretaría de Educación; para este grupo, la Secretaría de Salud sube al segundo lugar por haber brindado asesorías a un 16,3% (7 personas, mientras que Secretaria de Integración Social, tan solo ofreció capacitaciones a un 4,7% (2 personas). Igualmente, llama la atención que el 4,7% (2 personas), de NNA (SE) no identificó que entidad le brindó la asesoría.

Ahora bien, respecto a los NNA (SE), a los cuales les ofrecieron estas ayudas, el 48,3% (14 personas) señaló que las obtuvo de manera casual, un porcentaje un poco menor, con el 41,4% (12 personas) indicó que las obtuvo por iniciativa propia; mientras que tan solo el 10,3% (3 personas) manifestó haberlas obtenido por obligación o responsabilidad.

En resumen, se evidencia que la metodología con la que fundamentalmente se abordan los temas de educación sexual y reproductiva en el Distrito se realiza a partir de charlas o conversatorios. Estas se concentran principalmente en temas relacionados con derechos sexuales, mientras que las que no tienen una participación importante, fueron las relacionadas con enfermedades de transmisión sexual. Igualmente, se evidenció que han sido tres los sectores que han tomado participación en este proceso: Educación, Integración y Salud; lo cual se ve replicado en las asesorías recibidas por los NNA (SNE), pero que contrastan de fuerte manera con los resultados obtenidos en el grupo de NNA (SE), en los que se evidencio que la mayoría de estos chicos nunca les brindaron asesorías por parte de alguna entidad del Distrito.

➤ **Vida sexual, prevención, relaciones de pareja y expectativas de vida**

Entre la serie de eventos que marcan la vida de los individuos, la primera relación sexual y las primeras nociones de sentimientos amorosos tienen especial significado, tanto porque representan el resultado de un proceso con profundas raíces sociales, como porque estas acciones tienen serias implicaciones en su vida y en sus expectativas, más cuando se tiene un embarazo a temprana edad, pues obligan a los propios individuos a asumir nuevos roles influyendo su capacidad de decisión. Por lo tanto, en este acápite se abordan los resultados obtenidos en materia de inicio de la vida sexual, las medidas de prevención de embarazo, las dinámicas de pareja e imaginarios del amor y sus expectativas de vida.

Inicialmente, se les pregunto a los NNA (SNE) si habían iniciado su vida sexual, a lo cual respondieron afirmativamente en un 60,5% (26 personas) y el restante de manera negativa. De los que afirmaron haber iniciado su vida sexual, más de la mitad de los encuestados lo hicieron a partir de los 14 y 15 años, con un 53,9% (14 personas), tal como se visualiza a continuación:

Cuadro No. 23: Edad de Inicio de Vida Sexual

Edad	Porcentaje
13 años	15,4%
14 años	23,1%
15 años	30,8%
16 años	19,2%
17 años	11,5%
Total	100,0

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública Contraloría de Bogotá.

En la misma medida, se les preguntó la frecuencia con la que usaban algún método anticonceptivo, destacándose por parte de todos, haberlo utilizado alguna vez, sin importar su frecuencia, obteniendo que un 65,4% (17 personas) de quienes empezaron su vida sexual, han utilizado siempre alguno de ellos y un 34,6% (9 personas) señaló haberlos utilizado algunas veces al momento de tener relaciones sexuales. Lo que evidencia que el tema de uso de los métodos anticonceptivos en esta población ha repercutido de manera importante.

Igualmente, se les pregunto por los métodos que han utilizado al momento de tener relaciones sexuales, siendo el condón el método más utilizado con un 92,3% (en 24 personas), seguidamente aparecen las pastillas con un 19,2% (en 5 personas), la inyección con un 15,4% (en 4 personas) y otro método anticonceptivo un 5,7% (en 2 personas), en su defecto invasivos (subdérmicos, de barrera e intrauterinos).

Cuadro No. 24: Métodos Anticonceptivos Usados

Métodos anticonceptivos	Porcentaje Respuestas	Porcentaje de casos
Condón	68,6%	92,3%
Pastillas	14,3%	19,2%
Inyección	11,4%	15,4%
Otro	5,7%	7,7%
Total	100,0%	134,6%

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

En cuanto a la vida sexual en el grupo de los NNA (SE), se detectó que su inicio se dio de manera más temprana, su mayoría se ubicó entre las edades de 13 y 15

años, donde se concentró el 74,5% del total de encuestados, lo que contrasta con los resultados de los NNA del grupo anterior.

Cuadro No. 25: Edad de inicio de la vida sexual

Edad	Porcentaje
11	2,3
12	9,3
13	18,6
14	32,6
15	23,3
16	9,3
17	4,7
Total	100,0

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

A la pregunta sobre la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos previo al embarazo, un 27,9% (12 personas) de los NNA (SE) respondieron que al momento de tener relaciones sexuales nunca usaban algún método; mientras que el 72,1% (31 personas) indicó que lo hacían ocasionalmente. A diferencia del grupo de NNA (SNE), aquí no se evidenció que se utilizara de manera imprescindible algún método por los encuestados, pues ninguno señaló que su embarazo se debiera a fallas de alguno de ellos.

En esta medida, a quienes manifestaron usar métodos anticonceptivos antes de su embarazo, se les indagó por cual tipo utilizaban, arrojando como resultado que su preferencia estaba en el condón con el 81,3% (26 personas), continuando con las pastillas con el 31,3% (10 personas) y la inyección con un 18,8% (6 personas) de quienes dijeron usar métodos. Igualmente, sorprende que ninguna haya manifestado usar un implante que les permitiera planificar.

En el marco de lo anterior, se preguntó de manera abierta a la totalidad de los dos grupos encuestados, que opinión tenían sobre los métodos anticonceptivos y su uso. Por lo que el análisis cualitativo determinó que, para ellos, estos métodos son algo indispensable en sus vidas diarias en la medida que evitan embarazos a temprana edad. En el caso de las personas en situación de embarazo explican que fue el desconocimiento en estos temas, la principal causa que los llevó a tener un bebé tan joven, pero que al momento de ser capacitadas sobre el mismo,

consideran que estos métodos son una muy buena opción para su protección y autocuidado.

Se destacan dos aspectos de estas respuestas, en primer lugar, que los sujetos encuestados tienen buena información sobre los métodos anticonceptivos, pues manifestaron que aunque la mayoría son útiles, ninguno alcanza el 100% de esta efectividad y en segundo lugar, expresaron de manera abierta que el único método que funciona para prevenir las enfermedades de transmisión sexual es el condón. De estas respuestas se logró inferir, que las capacitaciones dadas tanto por el distrito, allegados y demás, logran brindarles algún tipo de información al momento de iniciar su vida sexual.

Adicionalmente, teniendo en cuenta que se perciben debilidades por parte del distrito en cuanto a las asesorías y capacitaciones en términos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, se vuelve imperativo articular ese tipo de capacitaciones con la promoción del uso de métodos anticonceptivos, para lograr que el 100% de los NNA que inician su vida sexual prevengan ETS mediante el uso del condón.

Relaciones de pareja e imaginarios sobre el amor

Se indagó a los NNA, de los dos grupos por el número de parejas sexuales que han tenido después de iniciar su vida sexual, aclarándose que para la población de NNA (SE), se preguntó por el número de parejas sexuales antes del embarazo, obteniendo los siguientes datos:

Cuadro No. 26: Número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales	Porcentaje de NNA (SNE)	Porcentaje de NNA (SE)
1	42,3%	51,2%
2	23,1%	23,3%
3	19,2%	11,6%
4	3,8%	11,6%
5	7,7%	2,3%
15	3,8%	0%
Total	100,0% (26)	100,0% (43)

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

Respecto a los NNA (SNE), resultó que la mayoría de quienes iniciaron su vida sexual, han tenido entre 1 y 3 parejas sexuales, equivalente al 84,6% (22 personas) de ellos, situación similar a la presentada en el grupo de NNA (SE), con un 86,1%. En consecuencia, de acuerdo con estos datos, no es posible considerar la promiscuidad o el número de parejas sexuales como un factor que determine de manera considerable tener un embarazo a temprana edad, pues no se evidencia una correlación entre ambas variables.

Finalmente, se realizó una pregunta abierta en la que se les pidió a los NNA de los dos grupos poblacionales que expresaran su pensamiento respecto a tener una pareja y los imaginarios sobre el amor que están inmersas en ello; de manera que el análisis cualitativo determinó que para una parte de los NNA encuestados, las relaciones de pareja representan en su mayoría un aspecto positivo que ayuda a construir lazos afectivos y así mejorar las capacidades y habilidades sociales.

Igualmente, manifestaron que la ayuda emocional es indispensable a la hora de desenvolverse en los distintos entornos, también se observó cierto grado de idealización de las parejas al convertirlas en sustentos de algunas carencias afectivas que puedan poseer los NNA encuestados.

En contraste, un sector importante de estos NNA expresó cierta lejanía con el tema, catalogando este tipo de relaciones como algo engorroso que requiere de un tiempo, esfuerzo y recursos que pueden ser aprovechados en otras cosas, además de un leve rechazo a compartir aspectos íntimos de la vida privada más allá de lo sexual, lo que denota cierto individualismo de las nuevas generaciones en términos emocionales.

Proyecto y expectativas de vida

Igualmente, se indagó por medio de una pregunta abierta la opinión que tienen los NNA respecto a las implicaciones que puede traer tener un bebe a temprana edad para el desarrollo de sus planes a corto, mediano y largo plazo. Arrojando del análisis que el proyecto de vida parece ser la mayor preocupación de los encuestados, debido a que son las respuestas que se dan en mayor cantidad, aunado a la referencia que se hace del mismo, en otras respuestas.

Para el caso de las personas en situación de embarazo, las respuestas dadas están divididas en dos grandes grupos: el primero, con 27 opiniones manifestó que tener un hijo a temprana edad ha truncado de cierta manera sus proyectos, debido a que muchos han tenido que abandonar abruptamente sus estudios por el proceso de gestación.

El segundo grupo, con 16 comentarios expresó que su embarazo se convirtió en el motivo fundamental para mejorar su calidad de vida y las condiciones de su hijo (a), a pesar de ser conscientes que el embarazo a temprana edad podría en alguna medida afectar su proyecto de vida.

Para este ítem en específico, se optó por la realización de un ejercicio analítico de manera particular para los grupos en situación y no situación de embarazo, conocido como “*nube de palabras*”, que permitió realizar un barrido general e identificar las palabras más utilizadas por los encuestados. Este ejercicio se efectuó producto de la tabulación de las respuestas a la pregunta abierta relacionada con el proyecto y expectativas de vida. Se aclara, que como requisito para llevar a buen término este ejercicio, se omitió del conteo los conectores y signos de puntuación.

Gráfica No. 18: Nube de palabras- Proyecto de vida en personas no embarazadas



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública
– Contraloría de Bogotá.

Los resultados arrojados por el ejercicio propuesto para las personas en estado de embarazo, dan cuenta de ciertas similitudes con el grupo tratado precedentemente pero con unas diferencias recalables.

Para este grupo, las palabras más utilizadas fueron: Puedo, Tengo, Vida, Bebé, Embarazo, Cambió, No, Responsable. Las palabras “Tengo” y “Puedo” se repiten con respecto de la nube anterior, pero en este caso se enfatizan mucho más dando a entender que para el caso de las personas en situación de embarazo las responsabilidades crecieron considerablemente; en cuanto a las palabras “Vida” y “Bebé” se deduce que se tiene conciencia de este nuevo estado, el cual generará cambios en su proyecto y estilo de vida.

Con relación a las palabras “Cambió” y “Embarazo”, es preciso manifestar que los NNA de este grupo asumieron su estado gestacional, manifestando que se truncó en cierta medida su proyecto de vida, generando cambios en el corto y en el mediano plazo.

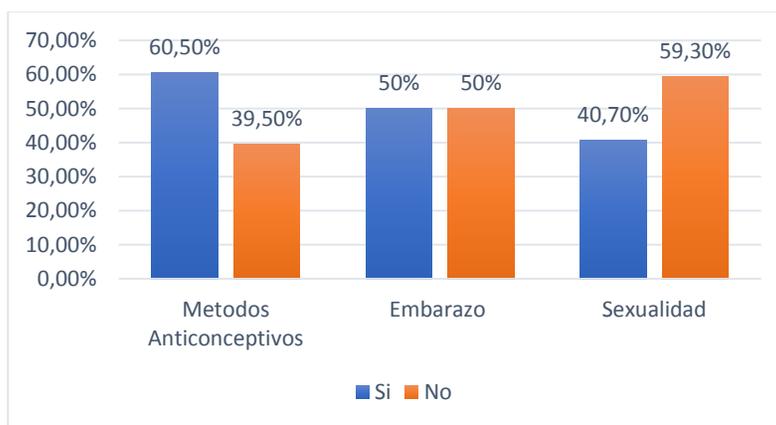
De igual manera, se destacó la aparición de la palabra “No” que explica en gran medida las respuestas dadas por los encuestados, quienes no conciben su condición de padres y madres a temprana edad como un limitante, sino que lo asumen con beneplácito y como parte de su nuevo proyecto de vida.

➤ **Las TIC’S en la Educación Sexual de los NNA**

En la actualidad el papel que juegan las tecnologías de la información y las comunicaciones, ha tenido un fuerte impacto en la dimensión comunicativa de los NNA, influyendo de manera considerable la percepción que se pueda crear sobre la sexualidad a partir del internet y las redes sociales. En este sentido, se indagó por aspectos relacionados por el uso que ellos les dan a estas herramientas en función de este tema, preguntando a los NNA si han consultado o no por información acerca de sexualidad, métodos anticonceptivos y embarazo a temprana edad.

Los resultados globales ante la pregunta abierta en los dos grupos poblacionales, indican que 60,5% (52 personas) de los NNA encuestados si han indagado en la red por información relacionada con el uso de métodos anticonceptivos, un 50% (43 personas) del total de encuestados ha averiguado sobre embarazo y un 40,7% (35 personas) de los NNA ha investigado por información relacionada con sexualidad.

Gráfica No. 20: Uso de redes e Internet para adquirir información



Fuente: Elaborado por la Subdirección de Evaluación de Política Pública – Contraloría de Bogotá.

De forma específica, del grupo de NNA (SNE), un 53,5% (23 personas) de ellos señaló haber buscado en Internet o redes sociales información sobre temas de sexualidad. Asimismo, en cuanto a la consulta sobre Métodos Anticonceptivos, el 69,8% (30 personas) de ellos afirmó haber indagado sobre este tema y con relación al tema de embarazos, un 58,1% (25 personas) señaló haber investigado en internet y redes sociales.

Por el lado de los NNA (SE), se halló que la información por la cual más indagaron antes del embarazo fue por el uso de métodos anticonceptivos con el 51,2% (22 personas) de los encuestados, seguido de información relacionada con el embarazo con el 41,9% (18 personas) y finalmente por temas relacionados con sexualidad el 27,9% (12 personas) de este grupo.

No obstante y a pesar de lo anterior, se preguntó a los dos grupos de NNA, por la confiabilidad que le otorgan a estas fuentes para determinar si estas están en la capacidad de influir en sus comportamientos y toma de decisiones, evidenciándose que el 61,6% (53 personas) de ellos, consideraron el internet y las redes como una fuente confiable para obtener esta información, toda vez que lo encuentran como un refugio donde no son juzgados ni recriminados. El restante 38,4% (33 personas) consideraron que estas no son lo suficientemente confiables.

También es importante aclarar, que si bien los jóvenes usan cada vez más el internet como medio para conocer sobre diferentes temas, la mayoría tiene bastante claro que existe mucha información errónea o malintencionada en la web, por lo que a la hora de consultar manifiestan tener cuidado y cierta incredulidad con la información conseguida.

En síntesis, se puede afirmar que a pesar de la relevancia que tiene las TIC's y en especial la internet y las redes sociales para acceder a información sobre sexualidad, embarazo y métodos anticonceptivos, esta sigue siendo aún muy cuestionada respecto de su confiabilidad y a pesar de que cada grupo de NNA haya averiguado en distinta medida sobre estos temas, se puede inferir que la obtención de este tipo de información por estos medios, no determina en gran manera sus decisiones o comportamientos.

6. CONCLUSIONES

1. Transcurridos 7 años de haberse implementado la política pública de infancia y adolescencia, la cual pretende dentro de sus propósitos, generar transformaciones sociales que incidan positivamente en la calidad de vida de los niños, las niñas y los/las adolescentes del Distrito Capital, ésta aún no alcanza a impactar lo suficiente en la erradicación total de la problemática objeto de estudio, a pesar de contar con la participación de ciertos recursos y ejecución de magnitudes, que al final se convierten en simples acciones dentro de una gestión enmarcada en un plan de desarrollo que no le brindó el capital suficiente al único programa que la atendía directamente.

Lo anterior, en razón a que por una parte, la problemática se encuentra focalizada en dos grupos etarios, de los cuales ninguno ha desaparecido como consecuencia de las acciones intersectoriales que ha desarrollado el Distrito durante las últimas administraciones. Por otro lado, a que la *“Prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas”*, ubicada en el primer lugar de importancia dentro de la lista de programas relacionados en el pilar 1 del PD -BMT,” contrasta con la asignación de un reducido presupuesto, lo que permite inferir que a pesar de la gestión y los resultados alcanzados, esta administración fue poco ambiciosa en este sentido para marcar la diferencia con relación a los resultados de anteriores administraciones.

2. El embarazo en niñas y adolescentes tiene implicaciones en lo físico y psicológico, pues esta situación transforma sus proyectos de vida a corto y mediano plazo, lo que reduce y limita las posibilidades educativas, profundizando y extendiendo el círculo de pobreza de manera generacional en la población vulnerable. En este sentido, la importancia que tiene la culminación del ciclo educativo es considerada en la actualidad como un requisito indispensable para el desarrollo del proyecto de vida de niños, niñas y adolescentes.
3. El fenómeno de Embarazo en la Adolescencia y las distintas condiciones que lo propician son elementos que por su complejidad deben ser abordados y estudiados de manera permanente, dinámica e intersectorial. En este sentido y teniendo en cuenta los lineamientos dados a los gobiernos locales en el Documento Conpes 147 de 2012, requieren que los planes, políticas y

programas puestos en marcha para atender esta problemática necesitan de un mayor desarrollo en el que se puedan tomar decisiones estructurales y realizar acciones integrales para garantizar una mayor efectividad al momento de reducir esta problemática.

4. Desde el ejercicio del control social, el seguimiento a los nacimientos en niñas y adolescentes, aporta al análisis del fenómeno de embarazo a temprana edad y de manera simultánea orienta la formulación de acciones, que se traducen en afectación positiva de determinantes en relación con a la Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, establecida como una dimensión prioritaria en el Plan Decenal de Salud Pública, buscando un enfoque de atención integral a las generaciones jóvenes de la ciudad
5. A pesar del progreso llevado a cabo por la BMT durante los dos últimos años donde se analizó, revisó y aprobó mediante Resolución 1633 de 2017 la batería de indicadores de la PPIA, nuevamente este ente de control confirma que al igual que la administración anterior, el Distrito Capital continua careciendo de un sistema de información único que consolide acciones y cifras que aporten a los avances y logros de la capital del país en materia de política pública. Lo anterior, soportado en las diferencias de datos reportadas por diferentes fuentes, que permiten inferir que aún hace falta avanzar en la generación y procesamiento de los mismos con mayores niveles de desagregación de la información (edad, grupos etarios, étnicos, nivel socioeconómico, presupuestos, solo por citar algunos criterios), logrando así disponer de información más precisa sobre las especificidades de embarazadas en la población de infancia y adolescencia.
6. Una de las razones que justifica que para la actual administración, la problemática social mencionada no está posicionada dentro de las principales prioridades del distrito, radica en el hecho de que dentro de los 12 programas incorporados en el pilar 1, el programa *“Prevención y Atención de la Maternidad y la Paternidad Tempranas”* (único asociado directamente a impactar este fenómeno en el PD), está ubicado presupuestalmente hablando, en la última posición de importancia en cuanto a asignación de recursos a pesar de ser el primero en la composición del pilar; no siendo consecuente esta situación dado que la problemática social es sensible y permanece latente en la sociedad bogotana, encontrándose lejos de eliminar este flagelo que impacta negativamente el proyecto de vida de estas generaciones venideras

por el incremento de la deserción escolar que perpetúa los círculos de pobreza no solo en el ámbito distrital, sino en el nacional.

En este sentido, uno de los aspectos que generó incertidumbre a este ente de control, adicional al bajo presupuesto asignado al programa de PAMPT, es el reducido personal adscrito al proyecto de inversión 1093, que asciende tan solo a ocho funcionarios vinculados a través de contratos de prestación de servicios. Pues a pesar de haber logrado el cumplimiento de las metas propuestas, queda la duda si su labor incidió de manera significativa en el logro de las tres metas del mismo, o si por el contrario estas se formularon de manera poco ambiciosa y el avance de los resultados se debe a factores exógenos por el cumplimiento de otros programas que indirectamente le impactan a la problemática.

7. Al analizar los pilares, programas y proyectos del PDBMT asociados a la problemática de embarazo a temprana edad, se ha encontrado que a pesar de la asignación de recursos y ejecución de acciones de las administraciones pasada y actual, estas continúan siendo insuficientes en la consecución de los resultados esperados desde la óptica de política pública, en el sentido de prevenir situaciones que amenacen el ejercicio de los derechos de las niñas y adolescentes, pues a pesar de la disminución en las cifras el problema sigue latente y no se avanza de manera contundente en la erradicación de este fenómeno, toda vez que las estadísticas siguen presentando altos registros llamando la atención en la población menor de 14 años, considerada penalmente como delito.
8. Otro de los obstáculos que se presentaron al realizar la evaluación de esta problemática, radicó en que algunos de los programas indirectos que coadyuvan a la atención de maternidad y paternidad temprana, no identifican directamente a esta población, dado que los datos se emiten en términos generales, impidiendo que este ente de control pueda efectuar un análisis y evaluación más detallado que permitiese determinar si realmente ha existido un impacto positivo en las beneficiarias.
9. Es de abonar que al interior del programa “*Prevención y Atención de la Maternidad y la Paternidad Tempranas*”, se realicen reuniones periódicas, sin embargo, a fin de ser más operativos en la participación y asistencia activa y obligatoria de los sectores involucrados, es conveniente reglamentarlas con el objeto de

hacer seguimiento y evaluación al desarrollo del mismo, verificando el cumplimiento de los compromisos adquiridos por los participantes.

10. La administración distrital, hizo mención que el programa “*Prevención y Atención de la Maternidad y la Paternidad Tempranas*”, utiliza herramientas tecnológicas como Línea 106, Sexperto, Púrpura, Violeta y Sofia. No obstante, este ente de control, pudo corroborar que en su mayoría la cobertura excluye a la población de niñas y adolescentes, máxime cuando no están exentas de ser víctimas de violencia.

Así mismo, con relación a la operatividad de la plataforma de Sexperto, después de realizar pruebas relacionadas con la formulación de preguntas específicas, este ente de control desvirtúa el propósito de brindar respuestas inmediatas sobre salud sexual y reproductiva, así como el hecho que esta herramienta brinde posibilidades a NNA y jóvenes de la ciudad en su toma de decisiones informadas.

11. Con relación a la meta ética de la cero maternidad y paternidad temprana en menores de 14 años, es preciso señalar que para este ente de control la gestión llevada a cabo por la administración distrital, no presenta resultados tangibles, toda vez que esta no quedó enmarcada con indicadores en el plan de desarrollo que permitan la medición del delito para víctimas de embarazo, en menores de 14 años, tampoco cuenta con presupuesto asignado para atender este fenómeno tan sensible, situación que dista aún más de la meta ética, pues afectará en alguna medida los resultados esperados al final del periodo de gobierno de la actual administración, al no ser concluyentes ni decisivos.

12. La disminución de los nacimientos en el grupo etario de 15 a 19 años, evidencia avances en la prevención de la maternidad a temprana edad, debido al desarrollo de las diferentes estrategias implementadas en el Distrito Capital, entre las que se destacan en la administración actual: la ejecución del programa “*Prevención y Atención de la Maternidad y la Paternidad Tempranas*”, la ampliación de la oferta y demanda para lograr adherencia a métodos de regulación de la fecundidad, seguimiento y canalización de adolescentes y jóvenes a programas de salud sexual y reproductiva. No obstante, pese al cumplimiento de la meta de resultado establecida en el Plan de Desarrollo, continua el reto de su disminución, por lo que se hace necesario reforzar de manera continua y contundente aspectos como: i) el incremento de los

recursos que manejan las subredes para la atención y prevención de este nicho poblacional, ii) aumento de campañas sobre el uso de métodos de planificación familiar o el uso correcto de los mismos, así como el mejoramiento de estrategias en la comunicación intrafamiliar.

13. A pesar del avance que ha tenido la ciudad en la reducción de nacimientos y embarazos tempranos, su número continúa siendo alto pese al descenso en las cifras, reflejando que la maternidad y paternidad a temprana edad persiste como un fenómeno que permanece en los círculos de pobreza juvenil, generando deserción en el sistema educativo, convirtiéndose como la opción para poder asumir esta nueva responsabilidad.

Por lo anterior, se necesitarían más acciones preventivas de sensibilización y comunicación a nivel público y privado que permitan incrementar en las adolescentes la edad promedio para el nacimiento del primer hijo, espaciar o prevenir embarazos subsiguientes, más aún cuando la Ley 1236 de 2008 establece como delito al que acceda carnalmente o induzca a prácticas sexuales a menor de 14 años; y con circunstancias de agravación punitiva cuando “se produjere embarazo”, por lo tanto, se hace necesario que la administración actual redoble esfuerzos para eliminar esta problemática.

14. Ante la carencia en el Distrito Capital de estadísticas confiables y verificables sobre Interrupción voluntaria de embarazo –IVE, llevadas a cabo en sitios clandestinos, se hace necesario que la administración distrital contribuya de manera más contundente con herramientas estructuradas, que le permitan a la niña y adolescente una toma de decisiones fundamentada en los riesgos que podrían afectar su proyecto de vida desde la óptica de salud sexual y reproductiva y que en alguna medida estarían aportando a los resultados esperados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS.
15. Se destaca en esta administración que se involucra el rol paterno en la prevención del embarazo a temprana edad, viéndose como un complemento en el que la responsabilidad pasa a ser una tarea compartida en la pareja adolescente. Si bien es cierto que se hace mención de la prevención en la gestión de la BMT, no se hace un esfuerzo respecto del hecho de involucrar a las parejas o no parejas en el embarazo temprano, pareciera casi nula participación.

16. Teniendo en cuenta, que la SDS no tiene prediseñada una pregunta en el formato de historia clínica y tampoco indaga si el embarazo para el caso de niñas o adolescentes, ha sido producto de violación o de sometimiento a condiciones de violencia. Situación que incide entre otras, en que el Distrito no cuente con evidencias oficiales que permitan soportar un seguimiento más riguroso desde el primer control prenatal en la identificación de abuso sexual en menores de edad, salvo en los casos que la paciente voluntariamente desee poner en conocimiento al médico sobre este suceso.
17. En cuanto al sector de mujeres, se puede apreciar una falta de claridad en su participación frente a los NNA, toda vez que por un lado por ser un tema de carácter transversal, el PD los insta a participar con esta población de manera intersectorial e interinstitucional a través del programa distrital de *“Prevención y Atención de Maternidad y Paternidad Tempranas”*; por otro lado, llama la atención la dualidad en las respuestas emitidas por la Secretaría Distrital de la Mujer, ante solicitudes por parte de este ente de control, en el que primero afirman su trabajo intersectorial para atender la problemática de embarazo a temprana edad y luego mencionan que esta población no es de su competencia.
- Dado lo anterior, se llama a la reflexión para que se realice una revisión en la participación real del Sector de Mujeres, con el propósito que frente a este tema, la misma no vaya en contravía de los lineamientos o mandatos dados por la administración en el Plan de Desarrollo –BMT.
18. Consultada y verificada la matriz del plan de acción de política pública de infancia y adolescencia tanto en la página web de la SDP y la SDIS, se encontró que esta difiere a la reportada a este ente de control, lo cual permite inferir, que la información puesta a disposición de la comunidad en general se encuentra desactualizada.
19. Por lo visto en terreno, al realizar las encuestas y confrontando la información analizada por este ente de control, se llega a la conclusión que la administración de la Bogotá Mejor para Todos, deberá priorizar aún más en el componente social, toda vez que el programa *“Prevención y Atención de la Maternidad y la Paternidad Tempranas”*, cuenta con un presupuesto limitado, recortes presupuestales asociados a esta problemática latente, además de la necesidad de fortalecer la coordinación intersectorial con el propósito de cautivar y seducir un mayor número de niñas, niños y adolescentes que

necesitan de más intervenciones en materia de prevención y de atención, generando un impacto real en esta población, a fin de aumentar el posicionamiento del programa en cuanto a su cobertura y al despliegue de su divulgación.

Igualmente, se infiere que producto de la tabulación efectuada, las acciones que ha realizado el Distrito con este grupo poblacional de NNA, se han enmarcado fundamentalmente en brindar charlas, conversatorios y capacitaciones, donde se observó que el tema de derechos sexuales es al que mayor énfasis se le ha dado, mientras que el de menor desarrollo ha tenido es el relacionado con las enfermedades de transmisión sexual.

Asimismo, se encontró dentro del análisis que han sido tres los sectores visibles en este proceso: Educación, Integración y Salud; siendo el primero el que más ha impactado a los NNA, debido al manejo de espacios de interacción en el propio colegio.

Por otro lado se destaca, que una gran mayoría de NNA no embarazadas manifestaron haber recibido alguna vez asesorías o capacitaciones por alguno de estos tres sectores, mientras que para el caso de las embarazadas, preocupantemente se observó que a la mayoría de ellas nunca les fueron ofrecidas estas ayudas por el Distrito.

7. ANEXOS

Anexo 1: Matriz Objetivos de Desarrollo del Milenio vs Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Anexo 2: Matriz del Plan de Acción de la PPIA con corte a 31 de diciembre de 2017.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ACTITUDFEM. Los países con más embarazos adolescentes [En línea]. [Consultado 2 de mayo de abril de 2018]. Disponible en Internet: <http://www.actitutfem.com/entorno/genero/mujeres/los-paises-con-mas-embarazos-adolescentes>
- Banco Interamericano de Desarrollo BID. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe - Retos, acciones y compromisos [en línea]. Washington, D.C. 2004. [Consultado 20 de abril de 2018]. Disponible en internet: <https://www.cepal.org/mdg/docs/iadbpublicdoc.pdf>
- Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico –CEDE, Universidad de los Andes. La Lotería de la Cuna: La movilidad Social a través de la Educación en los Municipios de Colombia. Bogotá D.C. 2015.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación DNP. Documento Conpes Social 140-Modificación A Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: “Metas y Estrategias De Colombia Para El Logro De Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio-2015”. Bogotá D.C. 2011.
- Consejo Nacional De Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional De Planeación DNP. Documento Conpes 3918 Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) En Colombia. Bogotá, D.C. 2018.
- Contraloría de Bogotá, Dirección Sector Integración. Informe Final de Auditoría de Regularidad Código 75 Secretaría de Integración Social – SDIS Período Auditado: 2017. Bogotá D.C. 2018.
- Contraloría de Bogotá, Dirección Sector Salud. Informe Final de Auditoría de Regularidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Código 158 Período Auditado 2017. Bogotá D.C. 2018.
- Contraloría de Bogotá, Dirección Sector Salud. Informe Final De Auditoría De Regularidad Subred Integrada De Servicios De Salud Centro- Oriente E.S.E. Código 158 Período Auditado 2017. Bogotá D.C. 2018

- Contraloría de Bogotá, Dirección Sector Salud. Informe Final de Auditoría de Regularidad Subred Integrada de Servicios De Salud Sur- Occidente E.S.E. Código 158 Período Auditado 2017. Bogotá D.C. 2018
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas Vitales, años 2012 y 2017. Nacimientos por Grupos de Edad de la Madre, según Departamento de Residencia de la Madre. Bogotá D.C. 2017.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Nacimientos [En línea]. [Consultado 7 de mayo de 2018]. Disponible en internet: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>
- Departamento Nacional de Planeación DNP - Unión Temporal Econometría-SEI. Informe Final – Evaluación de Procesos. Colombia. 2014.
- Departamento Nacional de Planeación, Documento Conpes Social 147 Consejo Nacional de Política Económica y Social. Colombia. Bogotá D.C. 2012.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. El Embarazo Adolescente en la Subregión Andina: Una Visión Actualizada. Aporte de CELADE. Santiago de Chile. 2016.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Embarazo Adolescente: Una Realidad que Interpela a Gobiernos del Cono Sur [En línea]. 2017. [Consultado 4 de mayo de 2018]. Disponible en internet: <https://lac.unfpa.org/es/news/embarazo-adolescente-una-realidad-que-interpela-gobiernos-del-cono-sur>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Estado de la población mundial 2017 – Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. 2017.
- IPPF/WHR y Promundo. Estado de la paternidad: América Latina y el Caribe 2017 [en línea]. Nueva York: IPPF/RHO, Washington, D.C.: Promundo-US. 2017. [Consultado 12 de abril]. Disponible en internet: <http://www.campanapaternidad.org/wp-content/uploads/2017/06/2017-Informe-Estado-de-la-Paternidad-LAC.pdf>

- Martínez Maria del pilar. Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS, 2015-2030) y Agenda de desarrollo post 2015 a partir de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015). Valencia: Universitat de València. 2015.
- Ministerio de Salud Grupo sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de promoción y prevención. ABECÉ, Línea Salud Materna-Derecho a la maternidad elegida. Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. 2016.
- Ministerio de Salud y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C. 2016.
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015 [En línea]. Nueva York. 2015. [Consultado 20 de abril de 2018]. Disponible en internet: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- ONU MUJERES. ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. [En línea]. [Consultado 30 de abril de 2018]. Disponible en Internet: <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality>
- Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Diagnóstico de Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina 2016. 2017.
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe de Consulta Técnica: “Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 2016.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD .Transformar Nuestro Mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Argentina. 2015.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2015. Colombia. 2015.
- Rodríguez Jorge. Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización, en Suzana Cavenaghi y Wanda Cabella (organizadoras)

Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa, ALAP, Serie e-Investigaciones n. 3, Río de Janeiro. 2014.

- Rubio Laura. Análisis Objetivos de Desarrollo del Milenio [En línea]. 2012. [Consultado 26 de abril de 2018]. Disponible en Internet: <https://www.eoi.es/blogs/laurarubiolince/2012/01/15/analisis-objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- Secretaría de Educación Distrital. Informe de Gestión y Resultados 2017 SED. Bogotá D.C. 2018.
- Secretaria de Planeación Distrital. Sistema de seguimiento a los programas proyectos y metas al Plan de Desarrollo SEGPLAN [En Línea]. Bogotá D.C. 2017. [Consultado 29 septiembre 2018]. Disponible en internet: <http://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/programacion-y-seguimiento-a-la-inversion/seguimiento>
- Secretaria Distrital de Gobierno Bogotá Humana. Balance General Del Plan De Desarrollo Distrital Informe De Coordinación - Eje 3: Una Bogotá Que Defiende Y Fortalece Lo Público. Bogotá D.C. 2015.
- Secretaria Distrital de Integración Social, Comité Distrital de Infancia y Adolescencia CODIA. Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y la Adolescencia de Bogotá- Vigencia 2016. D.C. Bogotá D.C. 2017.
- Secretaria Distrital de Integración Social. Informe de Gestión y Resultados, SDIS año 2017. Bogotá D.C. 2018.
- Secretaria Distrital de Planeación Bogotá Mejor para Todos. Indicadores de Impacto Acuerdo 489 de 2012 Vigencia 2015. Bogotá D.C. 2016.
- Secretaria Distrital de Planeación Bogotá Mejor Para Todos. Objetivos de Desarrollo del Milenio- CIERRE 2015. Bogotá D.C. 2016.
- Secretaría Distrital de Planeación. Balance de Resultados 2017 del Plan de Desarrollo Distrital BMT 2016 – 2020 [En Línea]. Bogotá D.C. 2018. [Consultado 23 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/planeacion/balanceresultadospdd_bmpt_2017.pdf