



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVI - N° 677

Bogotá, D. C., jueves, 10 de agosto de 2017

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| DIRECTORES: | GREGORIO ELJACH PACHECO                                      | JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO                      |
|             | SECRETARIO GENERAL DEL SENADO<br>www.secretariosenado.gov.co | SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA<br>www.camara.gov.co |

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## CÁMARA DE REPRESENTANTES

### PROYECTOS DE LEY

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 070 DE 2017 CÁMARA

por la cual se adiciona ley 1098 de 2006, artículos 25 y 39 numeral 4° y se dictan otras disposiciones

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

#### OBJETO DE LA LEY

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto garantizar en tiempo real, el registro civil de nacimiento de los recién nacidos.

Artículo 2°. *Adiciónese.* Artículo 25. Derecho a la identidad. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a tener una identidad y a conservar los elementos que la constituyen como el nombre, la nacionalidad y filiación conformes a la ley. Para estos efectos deberán ser inscritos –"en línea"–, después de su nacimiento, en el registro del estado civil. Tienen derecho a preservar su lengua de origen, su cultura e idiosincrasia.

Artículo 3°. *Identificación Biométrica.* El registro civil de nacimiento usará tecnología Biométrica para la toma de las huellas dactilares del menor.

Artículo 4° *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <br>María Regina Zuluaga Henao<br>Representante a la Cámara        | <br>Oscar Darío Pérez Pineda<br>Representante a la Cámara    | <br>Edward David Rodríguez<br>Representante a la Cámara        | <br>Samuel Alejandro Hoyos<br>Representante a la Cámara |
| <br>Federico Eduardo Hoyos Salazar<br>Representante a la Cámara    | <br>Santiago Valencia González<br>Representante a la Cámara  | <br>Ciro Alejandro Ramírez Cortés<br>Representante a la Cámara | <br>Hugo Hernán González<br>Representante a la Cámara   |
| <br>Fernando Sierra Ramos<br>Representante a la Cámara             | <br>Wilson Córdoba Mena<br>Representante a la Cámara         | <br>Rubén Darío Molano<br>Representante a la Cámara            | <br>Álvaro Hernán Prada<br>Representante a la Cámara    |
| <br>Margarita María Restrepo Arango<br>Representante a la Cámara   | <br>María Fernanda Cabal Molina<br>Representante a la Cámara | <br>Marco Díaz Barrera<br>Representante a la Cámara            | <br>Carlos Alberto Cuero<br>Representante a la Cámara   |
| <br>Esperanza María Pinzón de Jiménez<br>Representante a la Cámara | <br>Tatiana Cabello Flórez<br>Representante a la Cámara      | <br>Pierre Eugenio García<br>Representante a la Cámara         |   |

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### Antecedentes normativos

En 2017, propio es rescatar el sentir del legislador originario, uno fruto de la lucha por la independencia y, luego llegar aquella nota esencial que nos permite reconocernos, luego tutelarnos como colombianos. En 1852 D. C., nace al mundo jurídico colombiano, la posibilidad de reconocer a las personas en sus derechos, capacidades, atributos y deberes, gracias al Registro Civil en el Estado de Democrático y de Derecho colombiano. Inicialmente, por los aportes de la iglesia católica al desarrollo del país, eran los eclesiásticos los legitimados para expedir registros civiles, así como sus modificaciones o adiciones. Labor, si bien encomendada a notarios, debido a la ausencia de estos, dicha labor, en parte, fue asumida por notarios<sup>1</sup>.

De igual forma, en los anales del desarrollo legal del país, puede encontrarse al Decreto número 540 de 1934, donde se señala expresamente que en los casos en que exista ausencia de notarios o sacerdotes, dígame párrocos (Católicos), dicho registro podría ser expedido por los secretarios de los consejos municipales. Cuatro años después, la Ley 92, extendió la competencia para expedir registros, a colombianos en función consular, en el extranjero. En revisión histórica, es posible notar al Ex presidente Misael Pastrana, a través del Decreto-ley 1260 actualmente vigente. Ante lo cual, Colombia comienza a reclamar una actualización legal de cara a las nuevas y ya reconocidas como bastante influyentes: Nuevas tecnologías de la información y los datos.

El Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, con muestra del desarrollo del país y su puesta a punto para enfrentar nuevas problemáticas y dinámicas sociales gracias al avance de las tecnologías y su impacto en el medio. Ante lo cual, se deben rescatar los mejores aportes y funcionalidades dispuestas en los sistemas automatizados de información para el servicio de todos. Ser nacional colombiano, es muestra de la efectividad del registro civil para el mundo, ante una comunidad internacional que identifica al ciudadano patrio.

### Del Registro Civil - Cronológica:

|      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1852 | 1887 | 1934 | 1938 | 1970 | 1985 | 1986 | 1989 | 1991 | 1997 | 2001 | 2010 | 2012 |
| AÑO  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

- Ley 2159 de 1852.
- Ley 57 de 1887.
- Decreto-ley 1260 de 1970.
- Ley 96 de 1985.
- Decreto número 2241 de 1986.
- Decreto número 1028 de 1989.

- Decreto número 1669 de junio de 1997.
- Resolución número 5296 del 15 de noviembre de 2000.
- Ley 75 de 1968.
- Ley 497 de 1999.

En las normas anteriormente citadas existe un esfuerzo del legislador por responder a una necesidad social. Todas ellas, para este caso, relativas al Registro Civil de Nacimiento.

Aquellas normas, mismas que surgen para explicar el fundamento de nuestra democracia, son ahora atravesadas transversalmente por las Tecnologías de la información y los datos, es decir, en provecho de las nuevas tecnologías, los registros civiles de nacimiento podrán ser inscritos en tiempo real y de manera concomitante al nacimiento del bebé, ello en presencia de su progenitora, de quien, a su vez, se toman registros biométricos que serán anexados al registro de su hijo.

La velocidad del tráfico de información, actualmente exige la respuesta vanguardista y de actualidad que predica el Estado Colombiano frente a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. La Ley 527 de 1999, brinda a Colombia, a nuestro Estado Social y Democrático de Derecho, la posibilidad de brindar fuerza probatoria a los mensajes de datos, por ende, a la información tratada, almacenada y transmitida digitalmente. De la sociedad surgen avances tecnológicos que modifican el comportamiento de las personas, claro es ya, por ejemplo observar a personas que realizan cuantiosos negocios jurídicos conectados al internet.

Días de espera para el recibo de expedientes que hoy se tardan un click, por viajar alrededor del planeta. Documentos que podrán gozar de sistemas de autenticación para permitirse afirmar la autenticidad de los mismos, más allá de toda duda. Instantes marcan el desarrollo de situaciones que en el pasado nos tomarían un par de horas o días. Tráfico de información, posible gracias a los sistemas automatizados de información. En una época llamados “computadores”, los sistemas fueron ganando espacio en el desarrollo de vida de las personas por ello, el interés superior del menor, mantendrá su importancia sobre el ordenamiento jurídico, normas sociales y, sobre todo, en la práctica. Una que se da gracias a sistemas que pueden automatizar las órdenes o comandos que se dispongan con el objeto de desarrollar alguna tarea. Entre otras, garantizar la identificación de los recién nacidos y blindar gracias a la rapidez y fiabilidad de los sistemas, la construcción de un vínculo jurídico inquebrantable entre el Recién Nacido, sus padres y el Estado.

Al momento del nacimiento del menor, de cara al proceso de identificación del nuevo ser humano, para su registro civil, los pies del bebé se posan sobre tinta negra, sucios, luego se procede a imprimir con ellos, algunas manchas sobre papel.

<sup>1</sup> Ley 2159 de 1852.

Perdida la seguridad de afirmar con mayor certeza la identificación del menor, se procede según sea el caso, a limpiar, asear, suturar y terminar de alistar al recién nacido, para su encuentro con la tinta negra sobre su recién aparecida piel.

El Decreto número 019 de 2012, establece la obligación de las notarías de expedir el certificado civil de nacimiento y de defunción con apoyo en “mecanismos de obtención electrónica de la huella dactilar”. Impulsos del legislador colombiano para mantener a Colombia junto a los avances de la tecnología. Con ello imprime mayor nivel de seguridad y permite, entre otras, identificar fotográficamente a quienes firman un documento y se dicen ser, determinadas personas.

El mencionado Decreto número 019 de 2012, dice que corresponde al Estado Colombiano reconocer en los avances de la tecnología herramientas para desarrollar sus funciones a favor de todos. Por ello, en provecho de la tecnología biométrica, el presente proyecto de ley pretende establecer la obligación legal de tomar registro biométrico de los recién nacidos para articular los datos recogidos con la Registraduría Nacional del Estado Civil, Policía Nacional y Fiscalía General de la Nación, para llevar un control efectivo de los nacionales recién nacidos y sus familias.

Las Leyes 757 de 2002, 999 de 2005 y el Decreto número 4969 de 2009 del Ministerio del Interior señalan que todos los colombianos deben renovar su cédula de ciudadanía, porque a partir del 31 de julio de 2010, el único documento de identificación válido en el país para los mayores de edad será la cédula amarilla con hologramas. La nueva cédula de ciudadanía amarilla con hologramas se basa en la tecnología Afis (Automated Fingerprint Identification System), que permite la verificación automática de la identidad de las personas mediante la comparación de las huellas dactilares de los ciudadanos. Este documento les permite a los ciudadanos colombianos contar con un sistema de identificación biométrico con tecnología de punta y altos estándares de seguridad para impedir la falsificación y suplantación de las personas. La cédula amarilla con hologramas ofrece más confiabilidad a la organización electoral, a la rama judicial y a los sistemas penitenciario, financiero y de seguridad social, entre otros.

Basta exponer la Jurisprudencia de la alta corte constitucional para notar que se debe comprender por el interés superior del menor, protegido mediante instrumentos que garantizan su identificación:

Corte Constitucional, Sentencia T-587 de 1997, M.P doctor Eduardo Cifuentes Muñoz:

“Así mismo, sostuvo que “El interés superior del menor no constituye una cláusula vacía susceptible de amparar cualquier decisión. Por el contrario, para que una determinada decisión pueda justificarse en nombre del mencionado principio, es necesario que se reúnan, al menos,

cuatro condiciones básicas: 1) en primer lugar, el interés del menor en cuya defensa se actúa debe ser real, es decir, debe hacer relación a sus particulares necesidades y a sus especiales aptitudes físicas y psicológicas; 2) en segundo término debe ser independiente del criterio arbitrario de los demás y, por tanto, su existencia y protección no dependen de la voluntad o capricho de los padres o de los funcionarios públicos, encargados de protegerlo; 3) en tercer lugar, se trata de un concepto relacional, pues la garantía de su protección se predica frente a la existencia de interés en conflicto cuyo ejercicio de ponderación debe ser guiado por la protección de este principio; 4) por último debe demostrarse que dicho interés tiende a lograr un beneficio jurídico supremo consistente en el pleno y armónico desarrollo de la personalidad del menor.”<sup>2</sup>

El interés superior del menor estará garantizado al momento en la toma de sus registros que permiten su identificación. La identidad es pues un derecho de los menores que se puede garantizar con la toma de acertadas decisiones legislativas.

A continuación, se transcribe artículo de la Ley 1098 de 2006 próximo de adición:

“Artículo 25. *Derecho a la identidad.* Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a tener una identidad y a conservar los elementos que la constituyen como el nombre, la nacionalidad y filiación conformes a la ley. Para estos efectos deberán ser inscritos –“en línea”–, inmediatamente después de su nacimiento, en el registro del estado civil. Tienen derecho a preservar su lengua de origen, su cultura e idiosincrasia”.

Negrillas, fuera del texto, fruto de adicionar la ley 1098 de 8 noviembre de 2006., artículo 25, con las palabras: EN LÍNEA.

### NECESIDAD DEL PROYECTO

Los neonatos en la actualidad se identifican para dar seguridad a sus familias, sobre su reconocimiento en todo momento, como el hijo de su madre. En la actualidad se presentan errores, fallas, dificultades al momento de identificar a los menores cuando en el mismo piso, nivel, clínica u hospital, nacen varias criaturas al mismo tiempo.

Con ello, se responde a la necesidad de las madres por impedir que desde el primer contacto del menor con el mundo, que este pueda perder o confundir con otros. Desde contaminar su boca con la tinta en sus pies, hasta manchar sus ojos, son circunstancias que se pueden evitar en ausencia de tinta. La asepsia requerida lleva a los padres del menor a preferir que sean las huellas plantares del menor las que se untan con tinta, para luego posarlas sobre una hoja de papel y darle con ello,

<sup>2</sup> Sentencia T-587 de 1997. Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz.

su primer paso en dirección a una vida en sociedad y parte activa en nuestro Estado Democrático de Derecho.

La sociedad avanza exponencialmente en la generación y satisfacción de sus necesidades, por lo cual, es constante la búsqueda de más y mejores herramientas que faciliten la identificación de personas, así como la información relativa a ellas, es nuestra premisa. La información que permite la identificación de las personas, especialmente los neonatos, debe facilitarse a todas las personas que habiten el territorio nacional, con la misma facilidad que en los centros urbanos y, en un instante.

La Ley 962 de 2005 (julio 8), exige ser complementada, gracias a la aparición de la biometría como un mecanismo de identificación que permite identificar a una persona luego del registro de sus huellas dactilares. Paso que, con la presente ley se da hacia el futuro.

Razón que anima a valerse de medios que así lo permitan, por eso se impone el deber legal a todas las notarías del país a actualizar sus dispositivos y disponer de lectores biométricos al momento de efectuar el registro de los menores recién nacidos.


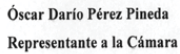
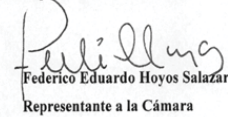
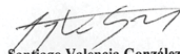


La Resolución número 741 de 1997 brinda la obligación a entidades prestadoras del servicio de salud, tomar la identificación del menor a través de los responsables al momento del nacimiento del menor. Las mismas podrán completarse mediante el uso de dispositivos biométricos que garanticen la idoneidad del procedimiento de identificación.


Sobre el tema, la UNICEF, ha mencionado que:

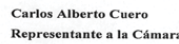
“Desde el momento en el que nacen, los niños y las niñas necesitan forjarse una identidad. Para ello, el primer paso es inscribir el nacimiento en los registros públicos y de esa forma contar con un nombre y una nacionalidad. El registro civil universal es la base para que las personas accedan a todos los demás derechos. Además, el registro es un elemento esencial en la planificación nacional a favor de la infancia, porque ofrece datos demográficos sobre los cuales diseñar estrategias.”<sup>3</sup>

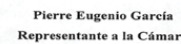
Por tanto, nos corresponde atender dicha realidad con soporte en las nuevas tecnologías y su facilidad para ser implementadas.


<sup>3</sup> [http://www.unicef.org/argentina/spanish/children\\_11139.htm](http://www.unicef.org/argentina/spanish/children_11139.htm)

|   |  |
|---|--|
| <br>María Regina Zuluaga Henao<br>Representante a la Cámara        | <br>Óscar Darío Pérez Pineda<br>Representante a la Cámara   |
| <br>Federico Eduardo Hoyos Salazar<br>Representante a la Cámara    | <br>Santiago Valencia González<br>Representante a la Cámara |
| Fernando Sierra Ramos<br>Representante a la Cámara  | Wilson Córdoba Mena<br>Representante a la Cámara   |
| Margarita María Restrepo Arango<br>Representante a la Cámara  | María Fernanda Cabal Molina<br>Representante a la Cámara   |
| <br>Esperanza María Pinzón de Jiménez<br>Representante a la Cámara | Tatiana Cabello Flórez<br>Representante a la Cámara  |
| Edward David Rodríguez<br>Representante a la Cámara   | Samuel Alejandro Hoyos<br>Representante a la Cámara  |
| <br>Ciro Alejandro Ramírez Cortés<br>Representante a la Cámara     | Hugo Hernán González<br>Representante a la Cámara  |
| Rubén Darío Molano<br>Representante a la Cámara   | Alvaro Hernán Prada<br>Representante a la Cámara   |

  
 Marco Díaz Barrera  
Representante a la Cámara

  
 Carlos Alberto Cuero  
Representante a la Cámara

  
 Pierre Eugenio García  
Representante a la Cámara



ANEXO:

**A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ COPIA DE INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE LA MATERIA:**

Rev Méd Chile 2005; 133: 241-245

**ARTÍCULO ESPECIAL**

Experiencia del registro electrónico de pacientes en un Servicio Universitario de Neonatología  
Experience with electronic files in a University Neonatology Unit

Alfredo Aguila R, Pablo Valenzuela F.  
Servicio de Neonatología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.  
Dirección para correspondencia

*The electronic file is a reality in medical practice nowadays. We have a decade of experience with electronic files in a neonatology unit. We use a local network that consists in one server and 8 connected computers, distributed in the hospital. Filemaker Pro® is used as database administrator and access to data is protected with passwords. Data entry is made by health care professionals in charge of the patients. Patient's reports and statistical information are based on data entered to the system. This methodology allows to have update clinical data, indexing of information, to maintain track of pharmacological indications, prescribe parenteral nutrition and obtain information for research purpose. It is possible therefore, with a minimal computing expertise, to devise electronic files that can improve the quality of health care (Rev Méd Chile 2005; 133: 241-5).*  
(Key Words: Medical records systems, computerized; Perinatology)

La ficha clínica es un conjunto de registros, que recogen la información confidencial de cada paciente y en la cual están involucrados tanto un médico que trabaja solo, como numerosos profesionales de diferentes especialidades. Esta información comprende datos de identificación, historia personal, exámenes clínicos y de laboratorio, es decir, un sinnfin de datos que, con frecuencia, la transforman en un instrumento voluminoso y difícil de usar.

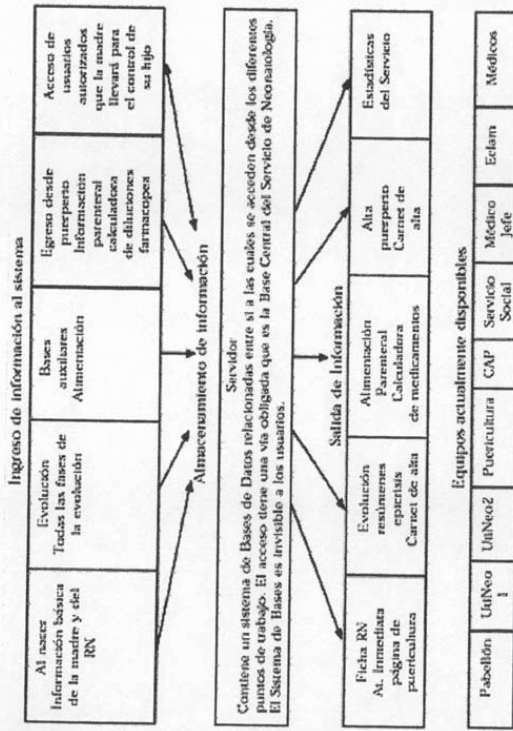


Por otra parte, la ficha clínica es indispensable y obligatoria, tanto para el paciente como para el establecimiento y tiene gran importancia legal. En la actualidad, es posible guardar la totalidad o partes de ella en un computador personal<sup>1</sup>.

La incorporación de las computadoras al trabajo diario no ha sido fácil, debido al costo de los equipos y a la resistencia inicial al cambio, la que ha cedido significativamente en la actualidad.

Cumplimos en la actualidad una década desde la incorporación de la computación en la práctica diaria del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile<sup>2,3</sup> y el resultado es similar a otros publicados por numerosos autores en otros lugares<sup>4-7</sup>.  
Método

Central de Proceso Intel® Pentium 4 con 1.6 Ghz de velocidad y 130 Mb de RAM disponible, con sistema Microsoft Windows 2000 profesional, que funciona exclusivamente como servidor y al cual convergen los equipos de las secciones de Cuidados Especiales Neonatales (PC) y Unidad de Tratamientos Intensivos (iMac, Apple Computer Inc.), Atención Inmediata Neonatal (PC), Puericultura, Consultorio de Asistencia Perinatal, Jefatura Médica de Neonatología (iMac), Jefatura de Matronas y Secretaría (PC) (Figura 1). Los equipos se encuentran acompañados de impresoras a inyección de tinta o láser, de acuerdo al flujo de trabajo de cada punto. Todos estos equipos se unen a través de una red Ethernet de 10 Mb provista por el hospital. Por otra parte, todos los médicos de la unidad tienen puntos de red que les permiten acceso a la red central, de acuerdo a permisos que se han dispuesto en el servidor<sup>8-10</sup>.



**Figura 1.** Diagrama de flujo de información Unidad de tratamiento Intensivo Neonatal CAP: Consultorio de asistencia perinatal Eclamc: Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas

El sistema operativo de los PC es Windows 98 y 2000 profesional y sistema operativo 9.x en los iMac (con CPU G3).

La base de datos (archivo o tabla maestra y varios archivos o tablas relacionadas), está manejada con el *software* Filemaker Pro en la versión 4.x, en español, instalado en cada equipo y los archivos o tablas residen en el equipo servidor, las cuales pueden ser consultadas a través de la red, indistintamente por los equipos iMac o PC.





**Ingreso de datos.** Cada equipo periférico puede acceder a la base de datos maestra por medio de una ruta y una clave. El ingreso de la información (Figura 1) se inicia en el equipo que está en pabellón, con los datos básicos de identificación de la madre embarazada que ha ingresado a nuestro establecimiento a tener su parto. Estos datos son ingresados por la matrona encargada del área neonatal de pabellón; tiene, en todas las presentaciones, campos (espacios) donde se puede escribir texto, seleccionar opciones prefijadas únicas (ejemplo: sexo, grupo sanguíneo) y posibilidad de validar la entrada de datos que no sean lógicos, mal escritos o fuera del rango (peso, talla, circunferencia craneana, edad gestacional, fecha ingresada), todo lo anterior, para evitar o disminuir la posibilidad de errores; esta validación es muy efectiva y certera, ya que no admite ingreso de otra opción o de avanzar en la introducción de datos cuando hay un error sin resolver. Una vez que se ha efectuado la atención inmediata del recién nacido (RN), el médico pediatra neonatólogo de turno llena la parte correspondiente a esta actividad, tales como antropometría, test de Apgar, examen físico, edad gestacional, catalogación y destino. Con ello, ya se puede imprimir la ficha clínica del RN y la hoja de enfermería de control, este acto de imprimir se efectúa sólo si los datos fundamentales no han sido omitidos, tales como peso de nacimiento, talla, edad gestacional, detalle de examen físico, entre otros, de modo que actúa como una prolija validación y corrección de errores, evitando completamente datos inconsistentes u omitidos. El RN, habitualmente, es llevado con su madre, a la sección de puerperio o al pensionado del hospital, con alta del RN y madre habitualmente al tercer día; en ese momento el médico que pasa visita en puerperio, puede llenar los datos del alta en una presentación que incorpora toda la información correspondiente al momento: fecha, peso al alta, grupo sanguíneo, Rh y Coombs del RN, diagnósticos, TSH, PKU, VDRL y fecha de colocación de BCG. Esta hoja queda impresa en la ficha y la madre recibe un carnet que lleva la información necesaria para el control posterior del RN. Si el RN requiere hospitalización, en cualquier momento después de la atención inmediata, por prematuridad o patología propia o por patología materna, o bien, durante la estadía en puerperio se puede efectuar el ingreso desde cualquier equipo de nuestra red, llenando sólo los datos pertinentes a este motivo: fecha, hora, peso, examen físico, hipótesis diagnósticas e indicaciones, con ello se está en condiciones de imprimir la hoja de ingreso y de indicaciones de enfermería del paciente, previa verificación automática que los datos han sido ingresados. Durante la hospitalización del RN, se efectúa en nuestro servicio un resumen de la evolución, que se actualiza semanalmente en pacientes de



estadía prolongada, que queda impresa en la ficha, el cual es la base de la epícrisis que se le entrega a cada paciente al irse de alta. En los pacientes hospitalizados, se puede efectuar la receta de alimentación parenteral diariamente, en calidad de archivo relacionado, según la evolución del paciente. Los diagnósticos de ingreso y egreso, así como la evolución clínica, son revisados por los autores casi diariamente para que se adapten a la nomenclatura médica en uso en el servicio y que sean consistentes con toda la historia del paciente.

**Informes.** Los formularios ya mencionados son nuestros informes básicos de cada paciente y van a constituir, una vez impresos, la ficha clínica tradicional de papel, a saber, antecedentes de la madre, del embarazo y del parto, hoja de atención inmediata, hoja de evolución de enfermería, hoja de egreso de puerperio, carnet de alta, hoja de ingreso a hospitalización, hoja de indicaciones, resumen de evolución y epícrisis. Además, existen en base a los datos registrados, por medio de tareas repetitivas programadas llamadas guiones (*scripts*), la opción de saber aspectos que ayuden en la gestión del servicio y que son un subproducto de los datos ya ingresados, tales como informes estadísticos de variados tipos.

**Confidencialidad.** El sistema que se expone, permite guardar niveles progresivos de confidencialidad, de modo que determinadas personas puedan entrar a la base de datos, algunas de ellas puedan entrar sólo a las secciones que les están permitidas, otras leer solamente la información a la que tienen acceso y por último los administradores de la base, tienen acceso a toda la estructura e información acumulada.

**Revisión de la información.** Periódicamente se revisa, por parte de los administradores y Jefatura del Servicio, la calidad y acuciosidad de la información, trabajo indispensable para evitar errores en los informes finales.

#### Resultados

Este sistema informático nos permite tener en forma directa los antecedentes clínicos de la madre, del parto, atención inmediata, ingreso y evolución, podemos complementar totalmente la tradicional ficha clínica de papel. Se minimiza la pérdida de información por su validación automática y ella está disponible en forma instantánea sin tener que buscar en el archivo de fichas tradicional<sup>11</sup>.

Este sistema de registro electrónico de pacientes, ha permitido que operaciones bastante complejas y delicadas, que habitualmente requerían mucho tiempo del médico tratante, tales como la alimentación parenteral<sup>12</sup>, sea realizada en unos pocos minutos, envío de la receta formatizada a



farmacia y, además, recopila la información histórica de cada paciente. La ficha clínica está relacionada con las tablas de peso y antropometría en uso y automáticamente calcula la adecuación a la edad gestacional. Es posible que, en sólo una ventana, personas interesadas en protocolos de investigación rellenen los datos necesarios para su propósito<sup>12-15</sup>. Para ello, en coordinación con los autores del presente trabajo, se incorporan protocolos de investigación en forma de una tabla o archivo relacionado.

Al sistema sólo se puede ingresar por medio de la red, cada equipo debe estar autorizado para el acceso, de modo que esta medida da confiabilidad y privacidad a los datos, para ser usados sólo en el manejo clínico, resguardando el compromiso ético<sup>16</sup>. Estos equipos, obviamente, están disponibles las 24 h del día para uso de la totalidad del personal de turno. Comentarios

Este artículo fue escrito por pediatras neonatólogos y su propósito es mostrar al personal del área de la salud que, sin más que conocimientos básicos en el área informática, es posible aprovechar las bondades de un sistema automatizado y sus posibles aplicaciones en la práctica clínica diaria, cuya experiencia ya lleva 12 años en nuestro servicio. Estimamos necesario compartir nuestra experiencia con su divulgación.

El programa Filemaker Pro 4.x, para el manejo de datos, ha sido fácil de operar, de modelar de acuerdo a nuestras necesidades y de estar abierto a modificaciones futuras que se necesitarán.

El registro médico electrónico centraliza toda o gran parte de la información relacionada con un paciente, de modo que asegura un mejor manejo de las decisiones<sup>17</sup>.

El uso de esta tecnología requiere de algún tiempo de aprendizaje, que comparativamente va a ser mínimo, al ver el tiempo adicional que deja una vez en funciones, permitiendo racionalizar en forma más eficiente el trabajo de los profesionales y tomar mejores decisiones clínicas por medio de una visión global e instantánea del paciente. Este sistema, es relativamente barato, simple en su operación por los usuarios y fácil de hacer crecer y modificar, según las capacidades y necesidades<sup>18</sup>.

La impresión de los usuarios, tal como en otros lugares<sup>19</sup> es que este sistema de base de datos neonatal ha ayudado en la mejor y más expedita atención a los RN, y ha permitido tener un rápido y seguro apoyo en la decisiones médicas.

En los objetivos próximos está poder tener en uso la clasificación internacional de enfermedades, como parte de la base de datos en uso.



Además, es posible que equipos monitores puedan transferir su información analógica a digital y ésta ser guardada en archivos relacionados<sup>20</sup>. El gran desarrollo y la accesibilidad que ha tenido esta área del conocimiento informático, ha permitido que este enorme potencial sea usado en beneficio de los pacientes, médicos en servicios de alta complejidad y en entregar los resúmenes adecuados para el mejor manejo a nivel de consultorios de atención primaria<sup>21,4</sup>.

#### Referencias

1. Cosoi E. Cómo elegir un computador. *Rev Chil Ped* 2001; 72: 157-8. [ Links ]
2. Valenzuela P. Ficha clínica informatizada en una Unidad de Neonatología. *Rev Hosp Cl Universidad de Chile* 1997; 8: 313-9. [ Links ]
3. Valenzuela P. Auxilio informático para la alimentación parenteral. *Rev Ch Nutrición* 1999; 26: 320-5. [ Links ]
4. Safran C. Electronic Medical records: A Decade of Experience. *JAMA* 2001; 285: 1766. [ Links ]
5. Cantor J. Privacy Protections for Cybercharts: An Update on the Law. *JAMA* 2001; 285: 1767. [ Links ]
6. Juez G, Lucero E, Ventura-Juneja P. Sistema computacional de manejo de datos neonatales. *Rev Chil Ped* 1987; 58: 257-60. [ Links ]
7. Maldonado AP, Vivaldi VE. Computadores en investigación biomédica II: Control experimental, adquisición y almacenaje de datos. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1085-92. [ Links ]
8. Laurence LM. Safeguarding the confidentiality of automated medical information. *Jt Comm Qual Improv* 1994; 20: 639-46. [ Links ]
9. Fisher F, Madge B. Data security and patient confidentiality: the manager's role. *Int J Biomed Comput* 1996; 43: 115-9. [ Links ]
10. Pediatric Practice Action group and Task Force on Medical Informatics, American Academy of Pediatrics Privacy Protection of Health Information: Patient Rights and Pediatrician Responsibilities. *Pediatrics* 1999; 104: 973-7. [ Links ]

<sup>4</sup> Alfredo Aguila R, Pablo Valenzuela F. Servicio de Neonatología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.



11. Van Bemmel JH, Van Ginneken AM, Stam B, Van Mulligen E. Virtual electronic patient records for shared care. *Medinfo* 1998; 9: 37-41. [ Links ]
12. Aguila A, Fernández F, Bentjerodt R. Mortineonatalidad en 1992 en un Servicio de Neonatología. *Rev Chil Ped* 1993; 64 (Número Especial): 47. [ Links ]
13. Aguila A, Fernández F, Muñoz, H. Mortineonatalidad en un Servicio de Neonatología. *Rev Chil Ped* 1994; 65 (Número Especial): 57. [ Links ]
14. Aguila A, Nazer J, Bentjerodt R. Mortalidad neonatal en un hospital universitario en Chile. *Rev Chil Ped* 1998; 69: 16-20. [ Links ]
15. Aguila A, Nazer J. Procedimientos Quirúrgicos en un Servicio de Neonatología. XLIII Congreso Chileno de Pediatría, Valdivia, Chile. *Rev Chil Ped* 2003; 74 (Número especial): 130. [ Links ]
16. Vacarezza YR, Núñez ME. ¿A quién pertenece la Ficha Clínica? *Rev Méd Chile* 2003; 131: 111-4. [ Links ]
17. American Academy of Pediatrics, Task Force on Medical Informatics. Special Requirements for Electronic Medical Records Systems in Pediatrics. *Pediatrics* 2001; 188: 513. [ Links ]
18. Finer N, Fraser A. Neonatal Data Base and Automated Discharge Summary Using a Personal Computer and Proprietary Software. *Pediatrics* 1985; 76: 269. [ Links ]
19. Maresh M, Dawson AM, Beard RW. Assessment of an online computerized perinatal data collection and information system. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1986; 93: 1239-45. [ Links ]
20. Vivaldi VE, Maldonado AP. Computadores en investigación biomédica: I. Análisis de señales bioeléctricas. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 955-62. [ Links ]
21. Bodenheimer T, Grumbach K. Electronic technology: a spark to revitalize primary care? *JAMA* 2003; 290: 259-64.

ANEXO

PERÚ:

"Sistema en Línea del Registro del Certificado de Nacido Vivo - CNV  
El "Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea" es un sistema web, producto de un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Salud y el Registro Nacional



de Identidad y Estado Civil (RENIEC), que permite que en los establecimientos de salud donde se atiendan partos, el recién nacido sea registrado de manera oportuna disminuyéndose la vulnerabilidad en el proceso de registro del nacimiento en sala de partos o cesárea, por el profesional que realiza la atención (Médico u Obstetra) generándose así el **Certificado del Nacido Vivo-CNV**. Este nuevo sistema asegura menos errores en la emisión del Certificado:

- Reduce la probabilidad de falsificar y/o duplicar identidades
- Reduce el margen de error en comparación con el registro de datos a mano
- Identificación segura de la madre
- Validación de los Profesionales de la Salud

El Sistema Registro del Certificado del Recién Nacido Vivo - CNV, no solo identifica a la madre, también facilita la identificación del profesional de la salud (Médico y Obstetra) que realiza la atención del parto o cesárea al contar con un código único, ambos casos por encontrarse vinculados directamente con el Documento Nacional de Identidad (DNI).

- El Certificado del Nacido Vivo-CNV, producto del registro de información sobre el momento del parto, es requisito básico para contar con el Acta de Nacimiento y la inscripción del menor en los Registros Civiles.
- Posteriormente, le permitirá la obtención del DNI en las oficinas registrales de RENIEC.

Igualmente el DNI le permite el acceso oportuno a los servicios de salud y a los programas sociales que el Estado ofrece.<sup>5,6</sup>

ANEXO:  
PERÚ

"El Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea fue desarrollado gracias a un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud del Perú y el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil. Se trata de un sistema gratuito que permite registrar a los recién nacidos en la misma sala de partos, y generar en tiempo real el certificado de nacido vivo, facilitando así el trámite necesario para la obtención del acta de

<sup>5</sup> TOMADO DE: <http://www.minsa.gob.pe/cnv/>, consultado 23 de mayo de 2017.





nacimiento y del Documento Nacional de Identidad del recién nacido. Entre marzo de 2012 y marzo de 2013, este sistema se ha implementado en 114 establecimientos de salud, en 21 regiones, lo cual ha permitido el registro de 113 917 recién nacidos vivos, y ha proporcionado información precisa, oportuna y de calidad sobre estos nacimientos. Es así que este sistema se constituye como un eje central del sistema de información en salud que permite obtener estadísticas en tiempo real para una adecuada y oportuna toma de decisiones en salud pública.

The On-Line Registration of Certificates of Live Births was developed in conjunction with the Ministry of Health of Peru and the National Registry of Identification and Civil Status. It is a free system that registers newborns in the delivery room itself which generates a real time certificate of live birth. This simplifies the procedures required to obtain the birth certificate and the National Identity Document for the newborn. This system has been implemented in 114 health centers in 21 regions from March 2012 to March 2013, and has registered 113 917 live births, providing accurate, timely and quality information about these births. This system is the main cornerstone of the health information system which helps obtain real time statistics for adequate and timely decision making in public health.<sup>6</sup>

ANEXO:

#### MEXICO 2014

“El verdadero secreto de la seguridad del paciente es la prevención, la cual se obtiene al no menospreciar la posibilidad de situaciones de peligro. La misma es el conjunto de procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos, como la desaparición de menores en los hospitales. Las garantías de los derechos de la infancia establecen que los niños deben ser correctamente identificados en el momento de su nacimiento, de acuerdo con los métodos más avanzados y precisos, siendo la identidad el conjunto de características o particularidades que hacen que una persona sea sólo igual a ella misma. Se debe realizar una adecuada identificación y custodia de los recién nacidos, para

<sup>6</sup> TOMADO DE: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/Online?/sis/Script=iah/iah.wxis&sr=google&base=UIACS&lang=p&nextAction=link&expSearch=680996&indexSearch=ID>, consultado en: 23 de mayo de 2017.



evitar su intercambio en los hospitales; verificar su identidad, en caso de duda; y comprobar su identidad y la de su madre, en el momento del alta. Para identificar, de forma inequívoca, a los recién nacidos e impedir confusiones o negligencias, existen varios métodos que se utilizan desde el momento del nacimiento, como las pulseras identificativas; la huella plantar, la cual no resuelve el problema de la identificación del menor; y la huella dactilar. En los últimos años se han introducido nuevos métodos de identificación más exactos y fiables, a nivel internacional, entre los que se encuentra la Biometría Dactilar Neonatal: Módulo electrónico que completa la dactiloscopia; es decir, unidad portátil con un sistema de lectura digital que reconoce el código del nacimiento a través de un código de barras. Posteriormente el sistema de lectura registra de forma digital, a alta resolución, la huella del dedo índice de la mano derecha de la madre y las huellas del índice y medio derechos del recién nacido. Por ello, considero importante que se cree un registro electrónico dactilar neonatal-maternal, para garantizar el derecho de la madre y su hijo, a ser plenamente identificados, evitando los posibles errores de lectura de la impresión digital clásica por tinta.”<sup>7</sup>

ANEXO:

#### ESPAÑA 2015.

“Se acabó el dejar sola a una madre que acaba de dar para luz para ir a hacer cola y registrar al bebé. A partir de hoy entra en vigor la norma que permite la inscripción de los recién nacidos directamente desde el hospital **sin necesidad de que los padres tengan que dirigirse al Registro Civil**, y que en esta primera fase se aplicará en 24 centros sanitarios, al menos uno por cada comunidad autónoma.

Se trata de la principal novedad de la Ley de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil, que también establece la **comunicación electrónica de las defunciones** mediante el mismo sistema que el utilizado para los nacimientos.

<sup>7</sup> TOMADO DE: <http://www.cronica.com.mx/notas/2014/816548.html>, consultado en 23 de mayo de 2017.



Las medidas comenzarán a aplicar en 24 centros sanitarios públicos y se implantará progresivamente en el resto del territorio nacional antes de final de año.

No obstante, este nuevo servicio no sustituye al sistema vigente que se emplea con los nacimientos y defunciones en el Registro Civil, que seguirá funcionando como hasta ahora.

De esta forma, los padres podrán optar por comunicar los datos de los recién nacidos desde los centros sanitarios al Registro Civil o desplazarse a la sede del registro que les corresponda. Es decir, que este nuevo servicio es voluntario.

Los padres tendrán un plazo de 72 horas para comunicar al hospital su intención de inscribir al bebé desde allí. Fuera de ese plazo, la familia ya sólo podrá hacerlo presencialmente en el registro.

**Cada hospital realizará los trámites de la forma que les sea más oportuna.** Algunos instalarán oficinas específicas para este fin, mientras que en otros las gestiones se harán en los mostradores de admisiones.

Este es el nuevo sistema: el personal sanitario tendrá la responsabilidad de identificar al bebé, certificar su filiación materna y tomar las huellas plantares del recién nacido y las dactilares de la madre.

Estos datos serán adjuntados al formulario oficial de declaración que incluirá la firma de los padres, el nombre y nacionalidad del recién nacido y el acreditativo del nacimiento, con la firma electrónica del facultativo que asista el parto.

Posteriormente, los padres recibirán el certificado literal de nacimiento por correo ordinario o electrónico, en cuyo caso podrán imprimir y añadir al Libro de Familia si ya disponen de él.

En caso contrario, basta con tener el certificado, aunque si se desea, los padres pueden solicitar el Libro de Familia en el Registro Civil, si bien este documento físico tiene ya 'fecha de caducidad'. Dejará de expedirse a partir de 2017.

Por otra parte, también entrará en vigor hoy las nuevas pruebas y tasas para adquirir la nacionalidad españolas por residencia que consisten en el pago de 185 euros y la superación de dos exámenes.

En concreto, los solicitantes tendrán que afrontar el pago de 100 euros por la tramitación de la gestión más 85 euros por los dos exámenes obligatorios, uno sobre el dominio básico del castellano y otro de historia, cultura y leyes españolas, para acreditar el «suficiente grado de integración en la sociedad española».<sup>8</sup>

Se recomienda consultar:

[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/formulario\\_de\\_nacimiento.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/formulario_de_nacimiento.pdf)

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2012/RM148-2012-MINSA.PDF>

<sup>8</sup> TOMADO DE: [http://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-puede-inscribir-recien-nacidos-desde-hospital-201510151045\\_noticia.html](http://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-puede-inscribir-recien-nacidos-desde-hospital-201510151045_noticia.html) consultado en 23 de mayo de 2017.

CÁMARA DE REPRESENTANTES  
SECRETARÍA GENERAL

El día 3 de agosto del año 2017 ha sido presentado en este despacho el Proyecto de ley número 070 de 2017 Cámara, con su correspondiente exposición de motivos, por la honorable Representante *María Regina Zuluaga Henao* y otros honorables Representantes.

El Secretario General,

*Jorge Humberto Mantilla Serrano.*

\* \* \*

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 071 DE  
2017**

*por medio de la cual se delega al Programa Presidencial para el Sistema Nacional de Juventud, Colombia Joven, la integración funcional del sistema en la garantía de derechos a los y las adolescentes embarazadas.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

**DE LA CREACIÓN Y OBJETO DE LA  
LEY**

Artículo 1°. De la delegación al Programa Presidencial para el Sistema Nacional de Juventud. Colombia Joven, para la integración funcional del sistema en la garantía de los derechos a los y las adolescentes embarazadas. Lo cual conlleva la creación dentro de la estructura orgánica, de una unidad de carácter administrativo y técnico al más alto nivel, con identidad y presupuesto específico.

Artículo 2°. Del objeto de la ley. De la delegación al Programa Presidencial para el Sistema Nacional de Juventud. Colombia Joven, para la integración funcional del sistema en la garantía de los derechos a los y las adolescentes embarazadas, su objeto será:

a) Consolidar las acciones del sistema con un abordaje integral a través del desarrollo de programas y proyectos de manera articulada (Decreto 2968 de 2010).

b) Evaluar y acoger directrices de organismos internacionales para prevenir el Embarazo Precoz, articulando convenios y tratados a las políticas Nacionales que permitan un abordaje integral. (Artículo 6 Código de la Infancia y la Adolescencia)

c) Direccionar los ejes temáticos o las acciones intersectoriales como: Fortalecimiento Intersectorial, Desarrollo Humano, Proyecto de Vida, Servicios en Salud Sexual y Reproductiva, Monitoreo y Gestión del Conocimiento, bajo la doctrina de protección integral con los diferentes enfoques de trabajo como: Resiliencia, desarrollo humano, capital social y diferencial.

TÍTULO II

MARCO INSTITUCIONAL

Artículo 3°. De la integración funcional del sistema en la garantía de derechos a los y las adolescentes embarazadas, el Programa Presidencial para el Sistema Nacional de Juventud. Colombia Joven, asumirá desde el Consejo Nacional de Política Social (artículo 206) Ley 1098 de 2006 – Código de la Infancia y la Adolescencia y Consejos Departamentales y Municipales de Política Social (**artículo 207**) los mecanismos y estrategias para la integración funcional del sistema, sin que ello signifique suplir las obligaciones de algunos sectores, del ICBF o de otras entidades. El trabajo desde los consejos de política le permitirá abordajes integrales con enfoque de derechos.

Artículo 4°. Concerniente a las funciones:

1. Estudio y evaluación del estado de implementación de las acciones y compromisos esbozados en “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” Conpes Social 147 de 2012.
2. Revisión de las normativas con propuestas concretas para que el Ministerio de Justicia y del Derecho pueda proponer mejoras a las reglamentaciones existentes.
3. Trabajar multisectorial e interdisciplinariamente para que los principios del Programa de Promoción y Prevención para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes se incorporen en las agendas temáticas de los procesos formativos, instructivos y comunicacionales, desde el preescolar hasta la básica secundaria, primando el interés superior del niño, niña o adolescente.
4. Ampliar las alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales, agencias de Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil, entre otras.
5. Impartir directrices a la academia, entidades públicas y privadas y sociedad civil en general, para que en los estudios se incluya el padre adolescente y otras variables como niñas y niños en calidad de desplazamiento y refugiados. Todo lo anterior con enfoque de género y derechos.
6. En el marco legal, es necesario que las leyes, políticas y decretos tengan un enfoque diferencial para sus intervenciones en la población adolescente en situación de desplazamiento, con claras diferencias en las intervenciones a realizar en población

adolescente en específico y, mucho más, en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere. La desescolarización como consecuencia del desplazamiento por ejemplo es un factor importante de riesgo para embarazo adolescente.

7. Trabajar para que en los protocolos para población desplazada, la población adolescente, en especial la embarazada, se garantice el acceso a los servicios de salud, de tal manera que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sin importar los límites geográficos los incluya en la prestación de servicios.
8. Impulsar en medios de comunicación y espectáculos masivos, contenidos que conlleven incidir en la cultura machista persistente para disminuir la desigualdad de género y prevenir el embarazo en la adolescencia.
9. Dar Directrices para que las respuestas desde las políticas públicas sean integrales, adecuadas a los contextos, abandonando la visión sectorial no solo desde la salud y la educación. El abordaje para producir efecto sobre el ejercicio de los derechos de las/los adolescentes, teniendo presente la causa y efecto.
10. Evaluar las estrategias actuales de los sistemas de denuncia y de atención a la denuncia en casos de violencias, abuso, embarazo en menores de 14 años, y otros casos de vulneración de derechos, desarrollados por el ICBF y la Policía Nacional, para actualizar y mejorar dichos sistemas. Igualmente los reportes de las diferentes entidades, en este sentido, incluyendo el Sistema Nacional de Información en Adolescencia y Juventud.
11. Definir, consolidar y divulgar, según sea el caso, rutas de servicios multisectoriales y de agendas conjuntas de asistencia técnica.
12. En caso de presentarse el embarazo adolescente, cada una de las entidades y de acuerdo a sus competencias será la responsable de garantizar los derechos de los, las adolescentes y sus bebés; haciendo el respectivo seguimiento a las intervenciones en sus proyectos de vida; acciones psicosociales que fortalezcan la relación madre, padre, familia, hijo; seguimiento al inicio o continuidad de su proceso educativo - formativo de acuerdo a la situación particular; inserción laboral; vivienda y entrega de elementos básicos para el cuidado de la madre y el nuevo bebé según sea el caso.

### TÍTULO III

Artículo 5°. *Recursos.* Para el funcionamiento de la presente ley se considerarán como fuentes de financiación, Presupuesto General de la Nación, Sistema General de Participaciones y Recursos de Cooperación Técnica.

Artículo 6°. *Evaluación y seguimiento.* Al Programa Presidencial para el Sistema Nacional de Juventud. Colombia Joven, le corresponderá en ejercicio de sus funciones realizar seguimiento, monitoreo y evaluaciones a las acciones efectuadas por parte de las diferentes entidades encargadas de la atención de los y las adolescentes embarazadas y sus bebés.

Artículo 7°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

  
María Regina Zuluaga Henao  
Representante a la Cámara

Óscar Darío Pérez Pineda  
Representante a la Cámara

Federico Eduardo Hoyos Salazar  
Representante a la Cámara


  
Santiago Valencia González  
Representante a la Cámara

Fernando Sierra Ramos  
Representante a la Cámara

Wilsón Córdoba Mena  
Representante a la Cámara

Margarita María Restrepo Arango  
Representante a la Cámara


María Fernanda Cabal Molina  
Representante a la Cámara

  
Esperanza María Pinzón de Jiménez  
Representante a la Cámara


Tatiana Cabello Flórez  
Representante a la Cámara

Edward David Rodríguez  
Representante a la Cámara

Samuel Alejandro Hoyos  
Representante a la Cámara

  
Cirio Alejandro Ramírez Cortés  
Representante a la Cámara

Hugo Hernán González  
Representante a la Cámara

  
Rubén Darío Molano  
Representante a la Cámara

Alvaro Hernán Prada  
Representante a la Cámara

  
Marco Díaz Barrera  
Representante a la Cámara

Carlos Alberto Cuero  
Representante a la Cámara

Pierre Eugenio García  
Representante a la Cámara

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### I. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es una situación social que se le ha ubicado dentro de lo cultural; en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, esta situación involucra en un principio sectores como: el educativo, salubridad y el sociofamiliar. El presente trabajo recoge información de estudios e investigaciones y de observancia cotidiana del fenómeno, datos conceptuales, legales y estadísticos, y desde el punto de vista jurídico y de políticas públicas los mecanismos con los que se cuenta para afrontarlo.

Se observa que el embarazo en adolescentes ha sido abordado más como un problema de salud de responsabilidad solo de la mujer adolescente, conllevando estudios sobre riesgos reproductivos, más que como un problema sociocultural que involucra la sociedad en general (Estado y familia) los llamados a alinearse en su intervención. Desde esta perspectiva se desarrollan algunos conceptos comprometidos con el tema de la adolescente gestante:

#### • ADOLESCENCIA

La Adolescencia conlleva un significado psicológico y otro demográfico. En primera instancia, es un periodo del ciclo vital humano distinguido por la aparición de características sexuales secundarias, una evolución de los procesos psicológicos y modos de identificación del comportamiento y una transición de un estado de total dependencia a uno de dependencia relativa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”<sup>1</sup>. Este periodo de vida se establece entre los 10 y 19 años.

En la adolescencia hay etapas, con características y formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo las cuales se conocen como:

Adolescencia temprana o preadolescencia (10 a 14 años), Adolescencia media (15 a 16 años), Adolescencia tardía o inicio juventud (17 a 19 años). Estos periodos tienen variaciones cronológicas en función al grupo social al cual pertenece y otros patrones de su desarrollo biopsicosocial.

<sup>1</sup> Issler, Juan R. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001, Página: 11-23, [en línea], fecha de consulta Octubre de 2015, en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

#### • ADOLESCENTE

La OMS considera como adolescentes a los jóvenes de 10 a 19 años. Por su parte, el Código de Infancia y Adolescencia considera como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años de edad, y se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años.<sup>2</sup>

#### • SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La calidad de vida, expresión de sexualidad y reproducción están íntimamente ligadas a esta, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y guarda la viabilidad de practicar los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un estado de SSR enlaza la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.<sup>3</sup> Es de anotar que los derechos antes relacionados se basan en derechos humanos ya reconocidos internacionalmente. Los derechos sexuales y derechos reproductivos son de conceptualización reciente y son los mismos derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción. Se ha dicho que los derechos sexuales y derechos reproductivos son los más humanos de todos los derechos y representan el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, entendida más allá de la simple posibilidad de tomar decisiones en el ámbito público. La salud sexual y reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país.

<sup>2</sup> (Código de infancia y adolescencia, libro I La protección integral artículo 3 Sujetos titulares de derechos.)

<sup>3</sup> Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

La Constitución Nacional define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado. Los DSR (derechos sexuales y reproductivos) son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida.<sup>4</sup>

El Código de Infancia y Adolescencia expresa “que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano”.<sup>5</sup>

**La práctica de medición desarticulada y solamente sectorial no ha permitido a las autoridades públicas observar a niños, niñas y adolescentes como sujetos integrales de derechos;** por eso la definición del derecho a la vida que contiene este código pretende superar el enfoque de mediciones sectoriales a un enfoque de mediciones poblacionales (ciclos vitales), un enfoque de medición territorial (por cada departamento, distrito, municipio o localidad), un enfoque de medición desde los derechos y no desde los problemas o situaciones (el catálogo de los derechos), un enfoque de mediciones focalizado (quienes están en mayor riesgo social que otros u otras) y un enfoque con perspectiva de género y de grupos étnicos.<sup>6</sup> La conceptualización sobre los derechos Sexuales y Reproductivos es reciente; estos derechos son los mismos derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción, y en esencia son los más humanos de todos los derechos y representan el estribo fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, en el aspecto de la posibilidad de mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en los aspectos de la sexualidad y la reproducción.

Entre los Derechos Sexuales, se encuadran. El derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.

Derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o, Derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para tomar decisiones sobre la sexualidad, Derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de

transmisión sexual, Derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales, Derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad, Derecho a reconocerse como seres sexuados, derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera<sup>7</sup>.

Los Derechos Reproductivos se enmarcan en el derecho de hombres y mujeres de decidir libre y responsablemente ser padres o madres; derecho a decidir qué tipo de familia quiere formar; derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e intervalo entre ellos, y la información, educación y medios para lograrlo; derecho a acceder a métodos anticonceptivos; derecho de las mujeres a la no discriminación o trato desigual en razón al embarazo; derecho a tener servicios de salud que garanticen una maternidad segura; derecho a la información, educación sobre la reproducción. Desafortunadamente la actividad sexual de las adolescentes no va de la mano con información y educación científica oportuna en temas de sexualidad, salud reproductiva en los derechos y responsabilidades correlativas. Las consecuencias de esta situación son diversas y preocupantes por el aumento de uniones consensuales y familias precoces, infecciones de transmisión sexual, riesgo de violencia y baja utilización de la concepción.<sup>8</sup>

#### CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho, se encuentran las siguientes:

Barreras de acceso a la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva.

El inicio temprano de la actividad sexual.

El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer; información y conocimientos limitados sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.

La falta de una buena educación sexual.

Práctica del aborto como medida de control.

Ausencia de programas de salud sexual y de la reproducción para jóvenes. Validación social de uniones no formales y la presión de amigos y medios que aprueban la práctica sexual temprana. Hay también otros factores, como familias de un solo padre, bajo nivel educativo y económico,

<sup>7</sup> (2015, 01). Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Programa de Atención Integral a la Violencia Sexual. Obtenido 10, 2015, de <http://www.profamilia.org.co/avise/derechos2.php>

<sup>8</sup> Suárez EN, Krauskopf D. El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y del joven. Washington, D.C.: OPS; 1995;183-93.41 Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 29-42, enero-marzo, 2010

<sup>4</sup> Constitución Política, art. 11.

<sup>5</sup> Capítulo II derechos y libertades, Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano.

<sup>6</sup> ÍDEM.

ausencia del rol de padres, y mensajes ambiguos de los adultos frente a la actividad sexual de los hijos, se han relacionado con una mayor frecuencia de embarazos. Desde otro punto de análisis, la pobreza, el bajo nivel educativo y la baja cobertura de servicios de salud, se identifican como los principales factores de riesgo para practicar un aborto inducido en Colombia.<sup>9</sup>

### **CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO TEMPRANO**

Diversos autores e instancias comprometidas con la situación coinciden en decir que el embarazo en adolescentes tiene diversas consecuencias y efectos, en el orden médico y psicosocial, este último se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, en un alto número fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Lo que perpetúa el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”.<sup>10</sup>

#### **PUNTO DE VISTA MÉDICO:**

La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.

Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral; tienen control Prenatal tardío, pues estas adolescentes en gran número acuden tarde al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y los del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión y anemia.

#### **PUNTO DE VISTA PSICOSOCIAL:**

La adolescente en el curso de su embarazo presenta reacciones depresivas que pueden llegar a ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, el embarazo y los problemas que este puede traer, desasosiego sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como factores suicidógenos circunstanciales. La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. Pues tiene un cúmulo de dificultades propias de la adolescencia; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o no, del entorno, la expectación de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que debe de tomar.

<sup>9</sup> González JO, Hernández HW. Los suicidios, Colombia, 2005. Balance.

<sup>10</sup> Romero MI, Maddaleno M, Silber TJ, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez Ojeda. EN: Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la OPS 1992:473-518.

### **CONDICIONES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA**

Una condición de riesgo se define como cualquier comportamiento que compromete los aspectos biopsicosociales del desarrollo del adolescente. Hay condiciones de riesgo y dificultades en las interrelaciones personales, especialmente: deserción escolar, consumo de sustancias psicoactivas e inicio precoz de la sexualidad, conductas que pueden conllevar otro tipo de situaciones más complejas como trastornos de la salud mental, violencia, suicidio, incremento de la accidentalidad y embarazos no deseados<sup>11</sup>, con el agravante de que la mayoría de estos comportamientos adquiridos tempranamente tienden a permanecer en la vida adulta.

Los trastornos generales de conducta, el trastorno de oposición desafiante y los trastornos de conducta alimentaria son típicas manifestaciones en la adolescencia. A su vez, la ideación y el intento suicida son comunes en esta edad. Los trastornos mentales y eventos como conflictos con los padres, cambio del contexto social y sensación de invulnerabilidad, podrían considerarse factores de riesgo para que esta condición se incremente en el futuro.

Si los comportamientos son formas de expresar y reafirmar la independencia, existe la explicación neurobiológica basada en el hecho de que durante la adolescencia ocurre una maduración asincrónica del sistema límbico (modulación afectiva) en relación con el área prefrontal del encéfalo (control cognitivo). Esta situación produce un desequilibrio entre el manejo de las emociones y la capacidad de autocontrol, que se traduce en dificultades para el control de ciertos comportamientos, favorece la búsqueda inmediata de gratificaciones y se relaciona, a su vez, con hiperreactividad emocional<sup>12</sup>.

#### **PADRE ADOLESCENTE**

La perspectiva observada es que el adolescente masculino no está preparado especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es común que el hombre se libere de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por las mujeres. Esta exclusión del hombre provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizantes por parte de su familia o amistades (con comentarios como: con qué lo vas a mantener, seguro que no es tuyo, entre otros) y facilita, así, el aislamiento si es que había dudas.

<sup>11</sup> Suárez EN, Krauskopf D. El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y del joven. Washington, D.C.: OPS; 1995; 183-93.41 Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 29-42, enero-marzo, 2010.

<sup>12</sup> Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. Dev Rev. 2008; 28:62-77.

Hay hombres que enfrentan la paternidad desafiando todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de esta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de ser padre, entonces el padre opta ante las carencias para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. A que su familia asuma la responsabilidad, condición esta que lo coloca en indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud debe trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación.

Del énfasis social y cultural sobre la maternidad y no sobre la paternidad adolescente, así como de las limitaciones en cuanto a disponibilidad de conocimientos e información respecto a los hombres como pareja y padres, deriva la importancia de impulsar estudios sobre la paternidad adolescente, así como investigaciones sobre la paternidad de hombres mayores que son parejas de mujeres adolescentes.

#### **ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO**

Son pocos los estudios que se ocupan de adolescentes embarazadas en condición de desplazamiento, uno de ellos indica que el 37 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años en condición de desplazamiento son madres o están embarazadas.<sup>13</sup> Estas adolescentes desplazadas también tienen necesidades de planificación familiar cruciales; las cifras dan cuenta de que el 23% de las jóvenes entre 13 y 19 años son madres, el 7% espera su primer hijo. Al efectuar una revisión bibliográfica no se encuentran en ellos factores de riesgo e implicaciones del embarazo para adolescentes en condición de desplazamiento en es específico, se halla que los estos dan cuenta de factores de riesgo y de implicaciones del embarazo en adolescentes en general. Por tanto ellas con mayor rigor dada su condición de vulnerabilidad, tienen limitaciones en el acceso a los servicios de salud integrales.

Respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente encontramos: Ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

<sup>13</sup> (2005). Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas: situación de las mujeres desplazadas. Profamilia. Obtenido 10, 2015, de [http://www.profamilia.org.co/encuestas/04desplazadas/pdf2005/resumen\\_desplazadas\\_2005.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/04desplazadas/pdf2005/resumen_desplazadas_2005.pdf)

Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, baja escolaridad de los padres y pérdida de figuras significativas En el plano social: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social.

En el marco legal se pudo detectar que las leyes, políticas y decretos dirigidos a la población en general no marcan diferencias en su enfoque, ni en las estrategias de intervención en cuanto a salud sexual y reproductiva.

Incluso el marco legal estudiado y pensado con la realidad, se observa la falencia en el cumplimiento de muchas disposiciones.

Existen limitaciones entonces para los adolescentes en situación de desplazamiento en el acceso a los servicios de salud integrales, derivadas principalmente de la exclusión de ellos por parte de los centros de salud por no estar dentro de los límites geográficos en los cuales previamente estaban inscritos al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) restringiendo el acceso a métodos anticonceptivos y la atención especializada en salud sexual y reproductiva. En Educación la desescolarización como consecuencia del desplazamiento es un factor importante de riesgo para embarazo adolescente, ya que implica demasiado tiempo libre y mal manejo de este por parte del grupo poblacional adolescente en situación de desplazamiento.

#### **II. PANORAMA INTERNACIONAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

El embarazo en adolescentes es una de las situaciones más relevantes en salud reproductiva en el mundo. Según la OMS cerca de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años da a luz cada año; esta cifra representa alrededor del 11% de todos los nacidos en el mundo. Ello indica que el embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más tempranas.

Desde la década de los setenta, la tasa global de fecundidad (TGF)<sup>14</sup> ha disminuido de manera importante en América Latina y el Caribe, entre los factores que están incidiendo tenemos los económicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (nuevas formas de familia, cambios en los roles de género) y tecnológicos (acceso a información). También las políticas demográficas y de salud sexual y salud reproductiva, incluido el acceso a la planificación familiar moderna, han impulsado este cambio. No obstante, todavía permanecen marcadas diferencias entre y dentro de los países,

<sup>14</sup> <http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/SISPP/We-bhelp/fecundidad.htm>.



según la situación económica, el origen étnico y el nivel educativo.

Hay variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, según la región y el nivel de desarrollo. En Estados Unidos estos corresponden a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, por ejemplo El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos alrededor del 45% del total de embarazos, y en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.

La fecundidad global descendió, pero la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad entre 15 a 19 años de edad) tuvo un comportamiento diferente: inicialmente la tendencia fue a disminuir y luego tuvo incremento en varios países en los últimos 30 años, siendo América Latina y el Caribe la única región del mundo en la que se registra un incremento. Como se evidencia en un reciente documento publicado por Cepal y Unicef, casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50<sup>15</sup> a nivel mundial con las tasas de fertilidad en adolescente más alta, entre los que sobresale Nicaragua y Ecuador, según relación cuadro siguiente.

#### TASA DE FERTILIDAD EN ADOLESCENTES (NACIMIENTOS POR CADA 1.000 MUJERES ENTRE 15 Y 19 AÑOS)

| PAÍS        | TASA |
|-------------|------|
| Corea       | 2    |
| Suiza       | 3    |
| Japón       | 4    |
| Suecia      | 6    |
| Noruega     | 6    |
| Alemania    | 7    |
| Canadá      | 10   |
| Nicaragua   | 90   |
| Ecuador     | 76   |
| Panamá      | 75   |
| Bolivia     | 71   |
| Brasil      | 67   |
| El Salvador | 66   |
| Costa Rica  | 57   |
| Colombia    | 52   |
| Perú        | 50   |
| Angola      | 167  |
| Nigeria     | 204  |

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial.

#### Fuentes Indicadores del desarrollo mundial

Con relación a América Latina, el documento Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, emitido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial, por cada mil nacimientos que ocurren en América del sur 74 provienen de mujeres adolescentes, con un rango de entre el 55 y 90 por 1000, para los países

<sup>15</sup> <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>

andinos. También se establece que los embarazos en adolescentes representan aproximadamente el 18 por ciento de todos los embarazos en el área andina.<sup>16</sup> La situación es la siguiente en algunos países:

- Bolivia, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18% entre el 2003 y el 2008, estas madres adolescentes difícilmente han concluido la educación primaria.

- Ecuador, La fecundidad adolescente es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos.<sup>17</sup> Dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (Endemain, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010).

- Venezuela, la tasa de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es de 89,40 por 1.000 mujeres.<sup>18</sup>

En estos países, entre los factores considerados como determinantes para el embarazo en la adolescencia están: inicio temprano de las relaciones sexuales; matrimonio antes de los 20 años, asociado a la maternidad (que se presentan más en las áreas rurales), bajo uso de métodos anticonceptivos. Además hay determinantes presentes de carácter estructural, como pobreza, inequidades sociales, relaciones de subordinación de género y la violencia contra las mujeres.

En Colombia, los estudios sobre demografía y salud indican tendencia de aumento progresivo de la fecundidad de adolescentes a partir de 1990. Alcanzó 20,5% en 2005 y en 2010 disminuyó un punto porcentual, quedando en 19,5 el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hija/o. La tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años fue de 90 por mil nacidos vivos en el 2005 y disminuyó a 84 en el 2010.

En Colombia, según el CENSO del 2005 realizado por el DANE la población total comprendida entre los 10 y 19 años corresponde a 8.272.800 con relación a la totalidad de población colombiana censada (41.468.384)<sup>19</sup> Y según las proyecciones de población 2005-2020 nacional para el año 2015 la población estimada colombiana entre 10 y 19 años es de 8.603.790 que constituye el 19,6% del total. Ver Cuadro siguiente.

<sup>16</sup> (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela,) [en línea], fecha de consulta, marzo de 2013, en: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20adolecente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf>

<sup>17</sup> ÍDEM

<sup>18</sup> ÍDEM

<sup>19</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Informe especial censo general 2005. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2005.

|        |                | 2015              |                  |                  |
|--------|----------------|-------------------|------------------|------------------|
| Código | Grupos de edad | Total             | Hombres          | Mujeres          |
| 00     | NACIONAL       |                   |                  |                  |
|        | Total          | 48.203.405        | 23.799.679       | 24.403.726       |
|        | 0-4            | 4.321.637         | 2.211.071        | 2.110.566        |
|        | 5-9            | 4.258.678         | 2.177.132        | 2.081.546        |
|        | 10-14          | 4.282.708         | 2.187.619        | 2.095.089        |
|        | 15-19          | 4.345.112         | 2.218.821        | 2.126.291        |
|        | <b>TOTAL</b>   | <b>17.208.135</b> | <b>8.794.643</b> | <b>8.413.492</b> |

### Proyecciones de Población 2005-2020 Nacional y Departamental Desagregado por Área, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad.

Entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1.000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1.000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17.4% en 1995, 20% en 2000 y 19% en 2010.

Según la ENDS 2010, el 19.5% de las adolescentes están o han estado embarazadas. En Colombia la tasa de fecundidad general ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y 2005:

Los Departamentos con mayor porcentaje de embarazo adolescente son: Arauca (6,4%), César (6,2%) y Córdoba (5,9%). Los menores porcentajes se encuentran en San Andrés y Providencia (1,2%), Huila (1,9), Magdalena y Boyacá (2%). El embarazo adolescente es mayor en las zonas rurales que urbanas, y mayor entre las mujeres de menor nivel socioeconómico (riqueza).

En promedio, la educación sexual inicia a partir de los 13 años de edad. Las mujeres que reciben educación sexual se embarazan menos a edades tempranas. Los adolescentes no tienen hijos con otros adolescentes, de acuerdo con la información que reporta el DANE, solo el 0.8 % de los adolescentes tienen relaciones con otros adolescentes. El restante, 99.2%, tienen hijos con adultos.

Los Departamentos con mayor porcentaje de embarazo adolescente son: • Amazonas: 35.4% • Putumayo: 32% • Vichada: 31.3% • La Guajira: 25.8% • Chocó:

29.4% • Nariño: 21.8% • Cesar: 25.8% • Cauca: 23.8%.

En estudio de Profamilia, se encuentra que la fecundidad de las mujeres menores de 20 años viene aumentando en el país. Y para el caso de las adolescentes marginadas o en situación de

desplazamiento la situación no es diferente; pues el 37 por ciento de estas entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas<sup>20</sup> y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) 20022006 da cuenta que el 30% de los adolescentes en situación de desplazamiento inician su vida sexual a temprana edad, lo cual los sitúa entre porcentajes altos.

El panorama refleja una situación que preocupa e impacta a las familias, a la comunidad y a la sociedad, por lo tanto, en su solución la participación de diversos actores con diferentes miradas es necesario en el desarrollo las políticas planes y programas tanto públicos como privados.

A nivel Latinoamericano se han manejado diferentes programas para la prevención del embarazo precoz, por ejemplo.

Uruguay el Ministerio de Salud Pública, creó el Modelo Integral de Prevención del Embarazo Precoz.

Panamá, una entidad sin ánimo de lucro, trabaja en el Desarrollo Humano Integral de Adolescentes.

Montevideo, programa de prevención del embarazo adolescente en centros del primer nivel de atención en salud, desarrollado desde el Ministerio de Salud Pública.

Venezuela el Ministerio de Educación y Deportes (MED) puso en marcha el Programa de Prevención del Embarazo.

En Argentina “Equipo Interdisciplinario para la Atención de la Salud Integral del Adolescente”, promovido por una ONG.

Estados Unidos de Norte América. Debido al aumento de interés en la efectividad de campañas de abstinencia sexual como medio de disminuir los embarazos Precoces se han

<sup>20</sup> (Profamilia. Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas: situación de las mujeres desplazadas 2005. Disponible en internet: [http://www.profamilia.org.co/encuestas/04desplazadas/pdf2005/resumen\\_desplazadas\\_2005.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/04desplazadas/pdf2005/resumen_desplazadas_2005.pdf)

generado programas cuyo objetivo es abstenerse de actividades sexuales antes del matrimonio.

**En Colombia:** hay una gran variedad de programas, proyectos agenciados desde lo público y lo privado con el apoyo de del Estado y agencias internacionales, en el país.

El Desarrollo Institucional presenta diferentes grados de avance según el sector, y en general, si bien se destacan algunos esfuerzos de articulación, cada entidad gubernamental desarrolla proyectos o programas desde el ámbito de sus competencias, que si bien inciden en el tema de embarazo en la adolescencia, algunas veces resultan en acciones dispersas sin una utilización eficiente de recursos.

En el año 2010 se establece la Comisión Intersectorial de Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (en adelante Comisión Intersectorial), donde se reconoce que el embarazo adolescente no es responsabilidad de un solo sector y que es necesario un abordaje integral y el desarrollo de programas de manera articulada (Decreto 2968 de 2010).

El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, se crea como una estrategia de formación integral y de trabajo permanente, con el objetivo de que los integrantes de las comunidades educativas decidan vivir una sexualidad sana, plena y responsable, que enriquezca su proyecto de vida y el de los demás; igualmente se generan y fortalecen equipos técnicos intersectoriales a nivel territorial.

Otro esfuerzo de articulación intersectorial es la Red UNIDOS que permite el acceso preferente de la población vinculada a la Red a los programas de las entidades nacionales. Dada esta particularidad participa en calidad de invitado en la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Por su parte, el Ministerio de Defensa ha avanzado en la definición e *implementación de la* “Política en Derechos Sexuales y Reproductivos, equidad y violencia basada en género, salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH”, la cual promueve el sano ejercicio de los DSR de toda la población uniformada y beneficiaria de la Fuerza Pública, y tiene como uno de sus lineamientos, la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia.

Iniciativa proyecto de ley para crear el Observatorio Nacional de Embarazo en Adolescentes, de carácter intersectorial, como parte del Observatorio Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social.

Una campaña de comunicación masiva que promueve la toma de decisiones informadas y conscientes sobre la sexualidad.

En Colombia existen distintos sistemas responsables de gestionar la garantía de los derechos de la niñez: Sistema Nacional de Educación, Sistema de Protección Social, Sistema de Seguridad Social en Salud, Sistema Judicial, pero no son suficientes para alcanzar la protección integral de niñas, niños y adolescentes. En este marco, se hace necesario articular el Sistema Nacional de Bienestar Familiar con estos sistemas, así como, a los agentes que participan en la protección integral y las relaciones que emergen entre ellos. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es el agente encargado de llevar a cabo dicha articulación.

El papel de ente rector, coordinador y articulador del SNBF que tiene el ICBF se orienta a trazar líneas de política, estándares de monitoreo y seguimiento técnico, en apoyo de las demás entidades responsables de los derechos para que cumplan con las obligaciones que les corresponden. Como coordinador del Sistema, deberá promover el direccionamiento y articulación de las acciones pertinentes en los espacios a los que haya lugar, con el fin de que las entidades responsables de la garantía de los derechos de la infancia y la adolescencia adelanten las acciones para prevenir la amenaza o la vulneración de los mismos, o asegurar oportunamente su restablecimiento inmediato.

En términos generales, las funciones del ICBF como ente rector, coordinador y articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar son las siguientes:

- **Coordinar** el Sistema Nacional de Bienestar Familiar en todo el territorio nacional.
- **Coordinar** la implementación de las estrategias y mecanismos orientados a la articulación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en los diferentes ámbitos de gobierno y sectores, bajo los principios de corresponsabilidad y participación.
- **Definir** las metas de operación del Sistema con los actores nacionales y territoriales.
- **Construir** y someter a aprobación del Gobierno nacional las normas que deben regular los diferentes aspectos de operación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- **Definir** los parámetros bajo los cuales se brinda asesoría y asistencia técnica en materia de dinamización del Sistema Nacional de Bienestar Familiar y a las orga-

nizaciones del orden nacional y territorial que prestan el Servicio Público de Bienestar Familiar.

- **Coordinar** el compromiso de las entidades territoriales en la planeación y ejecución de los programas dirigidos a la primera infancia, infancia y adolescencia, familia y poblaciones especiales.
  - **Coordinar** la formulación de propuestas que contribuyan a optimizar la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar, así como diseñar estrategias y mecanismos que permitan fortalecer el ejercicio del control social en la prestación de dicho servicio.
  - **Identificar** continuamente y establecer articulaciones con los agentes públicos, privados, de la sociedad civil, de la cooperación internacional y otros, que ejecuten líneas de acción relacionadas con la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes, la prevención de su vulneración, la protección y el restablecimiento de los mismos, en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal.
  - **Participar** y liderar la formulación e implementación del Sistema Único de Información de la Niñez (SUIN), para reorientar la formulación y la ejecución de políticas públicas de infancia, adolescencia y familia en el país.
  - **Diseñar** estrategias de formación, capacitación, divulgación e intercambio de experiencias, con los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, así como, liderar las estrategias de difusión, motivación y sensibilización en materia de la articulación interinstitucional para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.
  - **Desempeñar** la función de Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Política Social, del Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar y de las mesas departamentales, distritales y municipales de infancia, adolescencia y familia.
  - **Oficializar**, difundir y hacer seguimiento a las decisiones del Consejo Nacional de Política Social.
- Brindar** acompañamiento técnico a los representantes de las gobernaciones y alcaldías ante el Consejo Nacional de Política Social.
- **Hacer seguimiento** y efectuar recomendaciones a los objetivos, metas, estrategias y presupuestos, establecidos en

planes decenales, planes nacionales de desarrollo y a los instrumentos a los que se comprometa internacionalmente el Estado colombiano, referidos a la realización de los derechos de la infancia y la adolescencia.

Según ICBF en respuesta a derecho de petición del 24 de agosto de 2015, “Existen unos factores o determinantes sociales del embarazo en la adolescencia que se refieren a las condiciones de vida y al impacto que tienen sobre la salud, el desarrollo y el bienestar de las personas.

A continuación se describen algunos de estos:

En más del 48% de los casos, y en algunos departamentos alcanza el 71%, el responsable de la gestación tiene más de 4 años que la niña o la adolescente. Es decir, se puede hablar que la mayoría de casos, el padre no está escolarizado, o peor aún es un adulto. Cuando se trata de adolescentes hombres, se busca generar conocimientos y habilidades en ellos que les permita tomar decisiones informadas, valorar y cuidar su cuerpo, no dejarse presionar por sus pares, comprender y respetar la postura de su pareja, que cuenten con un proyecto de vida más allá de ser padres, y cambiar los roles de género que culturalmente se le ha asignado a los hombres (es más “macho” el que tiene más hijos, debe tener múltiples parejas, siempre debe estar dispuesto a tener relaciones sexuales, etc.). Por otra parte, cuando se trata de adultos hombres, se trabaja evitando la inequidad en los casos en que la adolescente es menor que el 4 años, dado que desde el punto de vista psicológico en la adolescencia se habla de una relación inequitativa cuando hay diferencia mayor a cuatro años.

El factor educación también es clave tenerlo en cuenta: las mujeres sin ninguna educación inician las relaciones sexuales a una edad mediana de casi 16 años y se va incrementando en la medida que aumenta el nivel educativo, hasta una mediana de 18.9 años entre las que tienen educación superior. Algo semejante ocurre cuando se analiza de acuerdo al nivel de riqueza: las mujeres en el quintil inferior tienen una edad mediana de 17.1 años al inicio de sus relaciones sexuales y para aquellas en el nivel más alto la mediana es de casi 19 años.

En conclusión, el fenómeno del embarazo en la adolescencia es considerado una problemática social y de salud pública, con consecuencias importantes en el desarrollo y la calidad de vida de las y los adolescentes, de sus familias y de la sociedad, que se magnifica en los sectores más pobres, donde la desigualdad y la falta de oportunidades contribuyen a la perpetuación del problema. Dada la multicausalidad de

esta problemática, prevenir el embarazo en la adolescencia implica no solo garantizar el acceso a métodos anticonceptivos; requiere coordinar acciones desde distintos sectores y niveles de gobierno que logran bajar no solo los índices de fecundidad en esta etapa de la vida sino que promoverán el desarrollo integral de los y las jóvenes del País. Por lo tanto, es necesario el trabajo mancomunado del sector educativo, salud, protección, cultura, justicia, entre otros.”<sup>21</sup>

Para el trabajo en cuestión se retoma el Conpes 147 del año 2012, estrategia nacional para prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida de niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años, y que tiene como estrategias pilares el mejoramiento de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, así como la articulación de acciones de los sectores competentes en la garantía de los derechos de esta población: salud, educación, protección, cultura, comunicaciones, entre otros.

#### **COLOMBIA JOVEN. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA**

##### **“¿Qué es Colombia Joven?”**

*La Dirección del Sistema Nacional de Juventud “Colombia Joven” es la dependencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República que mediante el Decreto número 1649 de 2014, además de las funciones señaladas en la Ley 1622 de 2013 tiene, entre otras, las siguientes funciones:*

Asistir en la coordinación de la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de juventud; coordinar el Sistema Nacional de las Juventudes; promover estrategias que faciliten el acceso de los jóvenes a servicios, recursos y beneficios ofrecidos y promover acciones para generar oportunidades para que los jóvenes mejoren su formación integral y calidad de vida; formular programas, proyectos y actividades en favor de la juventud; orientar y coordinar la implementación de políticas públicas; brindar asistencia técnica en la formulación, implementación y seguimiento de sus políticas para garantía de los derechos de las y los jóvenes; promover la participación de los jóvenes en la formulación, implementación y seguimiento de las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con el desarrollo social, político, económico, cultural, deportivo y ambiental y estimular la vinculación de los jóvenes a la vida social, política, económica,

cultural, deportiva y ambiental de la Nación, a los procesos de globalización y competitividad mundial, mediante programas de formación en participación ciudadana, acceso al trabajo, uso del tiempo libre y desarrollo de sus potencialidades y talentos.

¿Qué le aportamos a la juventud colombiana?

*Colombia Joven*, a través de sus actividades busca promover la política pública de juventud en la nación y el territorio; fomenta la participación de los jóvenes en los diferentes espacios institucionales; consolida el Sistema de Información y Gestión de Conocimiento SNIGCAJ, articula la oferta pública institucional de juventud y promueve oportunidades socioeconómicas para la juventud.

Adicionalmente busca el posicionamiento del tema de juventud como prioridad en la agenda pública, el mejoramiento de la articulación del Sistema Nacional de Juventud y la difusión de la oferta institucional que facilite el acceso por parte de los jóvenes.<sup>22</sup>

#### **LAS COMPETENCIAS Y FUNCIONES DE COLOMBIA JOVEN**

**“Las competencias y funciones de Colombia Joven son...**

##### **Según el Decreto número 1649 de 2014:**

1. Asistir al Gobierno nacional y a las entidades territoriales, en la coordinación de la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de juventud, con enfoque de derechos y diferencial, étnico e intercultural.
2. Coordinar el Sistema Nacional de las Juventudes y velar por el cumplimiento de las funciones del mismo establecidas en la Ley 1622 de 2013.
3. Promover estrategias que faciliten el acceso de los jóvenes a los servicios, recursos y beneficios ofrecidos por las entidades gubernamentales y no gubernamentales y promover acciones para generar oportunidades para que los jóvenes mejoren su formación integral y su calidad de vida.
4. Formular programas, proyectos y actividades en favor de la juventud en coordinación con las entidades públicas y privadas Nacionales e internacionales.
5. Orientar y coordinar la implementación de las políticas públicas que permitan la participación de las y los jóvenes en el fortalecimiento de la democracia, la ga-

<sup>21</sup> (2015, 08). Respuesta del ICBF a Solicitud radicada bajo el No. 351570 del 24 de agosto de 2015. *Información sobre: Acciones adelantadas por el ICBF sobre el embarazo en adolescentes.*, pp. 16-17.

<sup>22</sup> (2015, 03). ¿Qué es Colombia Joven? Obtenido 10, 2015, de <http://www.colombiajoven.gov.co/programa/Paginas/colombiajoven.aspx>

- rantía de los Derechos Humanos de las y los Jóvenes y la organización social y política de la Nación.
6. Orientar y coordinar políticas públicas que permitan el acceso con calidad y equidad de las y los jóvenes a la diversidad de la oferta institucional del Estado en lo relacionado con la garantía y el goce efectivo de sus Derechos.
  7. Brindar asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios en la formulación, implementación y seguimiento de sus políticas para la garantía de los derechos de las y los jóvenes.
  8. Promover la participación de las y los jóvenes en la formulación, implementación y seguimiento de las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con el desarrollo social, político, económico, cultural, deportivo y ambiental, adelantados por las entidades del orden territorial y nacional y promover el acceso de éstos a los servicios, recursos y beneficios ofrecidos por dichas entidades.
  9. Estimular la vinculación de las y los jóvenes a la vida social, política, económica, cultural, deportiva y ambiental de la Nación, a los procesos de globalización y competitividad mundial, mediante programas de formación en participación ciudadana, acceso al trabajo, uso del tiempo libre y desarrollo de sus potencialidades y talentos.
  10. Gestionar alianzas con organismos y con entidades nacionales e internacionales de carácter público, privado y mixto que contribuyan a la garantía y cumplimiento de los derechos de las y los jóvenes.
  11. Promover y realizar estudios e investigaciones sobre temas y asuntos que conciernen a la juventud y sobre el impacto de la política pública de juventud.
  12. Asistir al Gobierno nacional en la organización y desarrollo de un programa especial de apoyo al Consejo Nacional de Juventud, los Consejos Departamentales de Juventud y a los Consejos Distritales, Municipales y locales de juventud, en los términos de la Ley 1622 de 2013.
  13. Ejercer la secretaría técnica de la Comisión de Concertación y Decisión Nacional del Sistema Nacional de Juventudes, de manera compartida con el Departamento Nacional de Planeación, en su calidad de dependencia rectora del Sistema Nacional de Juventudes.
  14. Administrar el portal de juventud que incluirá información de oferta y demanda de servicios para garantía de los derechos expresados en el Estatuto de Ciudadanía Juvenil.
  15. Generar y administrar el sistema de generación de conocimiento especializado, de seguimiento y evaluación nacional, regional, departamental, distrital y local sobre la implementación de políticas públicas e inversión social a favor de la garantía de los derechos de las y los jóvenes. Sistema Nacional de Información y Gestión de Conocimiento en Adolescencia y Juventud SNIGCAJ.
  16. Las demás que le sean asignadas”<sup>23</sup>.

### PLATAFORMA DE INFORMACIÓN ESPECIALIZADA EN ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

“*JUACO*”, como se le ha denominado a esta plataforma (Sistema Nacional de Información de la Juventud y la Adolescencia en Colombia) Se ha creado con la intención de generar un espacio de interacción y socialización de las diferentes organizaciones, entidades e instituciones que cuenten con acciones o estrategias relacionadas con juventud, con el fin de promover su articulación y coordinación efectiva alrededor de una red de trabajo”.

“Para Gabriel Gómez, Director de Colombia Joven, “*JUACO*” ha sido el resultado de innumerables esfuerzos del equipo de trabajo del programa presidencial. “*JUACO*” es uno de los proyectos estrella de Colombia Joven, por eso hemos querido apostarle; además somos conscientes de que esta herramienta de información le hace mucha falta a todos los jóvenes del país, ya que allí podrán formar una red nacional de trabajo que ayudará a la construcción de proyectos y políticas para adolescentes y jóvenes”, aseguró Gómez”.<sup>24</sup>

### III MARCO LEGAL

Marco Jurídico A continuación se presenta el marco jurídico, normativo y de política vigente relativo a la promoción, garantía y goce efectivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

<sup>23</sup> 2015, 03). Las competencias y funciones de Colombia Joven son... Obtenido 10, 2015, de <http://www.colombiajoven.gov.co/programa/Paginas/colombiajoven.aspx>

<sup>24</sup> 2013, 11). La plataforma de información especializada en adolescencia y juventud, ya es una realidad. Obtenido 10, 2015, de [http://www.colombiajoven.gov.co/noticias/2013/Paginas/131113\\_La-plataforma-deinformacion-especializada-en-adolescencia-y-juventud-ya-es-una-realidad.aspx](http://www.colombiajoven.gov.co/noticias/2013/Paginas/131113_La-plataforma-deinformacion-especializada-en-adolescencia-y-juventud-ya-es-una-realidad.aspx)

| Marco jurídico internacional  | Descripción   |
|---|---|
| Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.                        | Inspira la promoción del respeto universal y el goce de los derechos humanos, por todas las naciones y los pueblos. Solicita medidas progresivas para el reconocimiento universal y la aplicación efectiva de los derechos humanos.   |
| Pacto Internacional Sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976. | Afirma el derecho de toda persona al goce del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el derecho de toda persona a la educación sin discriminación alguna.<br>Adopción de medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños, niñas y adolescentes sin discriminación alguna, ratificado por Colombia: Ley 74 de 1968.   |
| Convención de los Derechos del Niño 1989                                    | El artículo 19, impone la obligación a los Estados partes de adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de violación y vulneración de derechos. Ley 12 de 1991: Obligación de incorporar la perspectiva de derechos en las políticas públicas concernientes a los niños, niñas y adolescentes.  |
| Marco Jurídico Nacional   | Descripción   |
| Decreto número 1471 de 1990 Vigente.  | Define el SNBF como la concurrencia de entidades públicas y privadas de acuerdo con su competencia y el ICBF como coordinador de la integración funcional de dichas entidades.<br>Incluye a las cajas de compensación familiar en el SNBF.  |
| Constitución Política de Colombia 1991                                      | Artículo 43. "...La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada...".   |
|   | Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños y niñas prevalecen sobre los derechos de los demás.<br>Artículo 49 La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.<br>artículos: 6, 15, 16, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 93 y 94 |
| Ley 12 de 1991.<br>Mediante   | Mediante la cual se incorpora en la legislación interna la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño de la Naciones Unidas, que establece la forma en la que deben ser tratados y atendidos todos los niños y las niñas del mundo en los diferentes ámbitos de su vida, a partir su reconocimiento como sujetos de derechos.   |
| Sentencia T-440/92  | La Sentencia T-440/92, estableciendo la necesidad de abordar la educación sexual en el país. Es así como el Ministerio de Educación Nacional le otorgó carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas mediante la Resolución número 3353 de 1993.   |
|   | (Fundamento del Proyecto Nacional de Educación Sexual formulado en 1993).   |

|  |  |
|--|--|
| Sentencia T-440/92   | Establece la necesidad de abordar la educación sexual en el país. Es así como el Ministerio de Educación Nacional le otorgó carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas   |
| Resolución número 3353 de 1993   | Por al cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de Educación Sexual en la Educación básica del País.   |
| Ley 100 de 1993  | Artículo 166, parágrafo 2° dice: El Gobierno nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes.   |
| Ley 679 de 2001  | Por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución.   |
| Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. (SSR) 2002-2006  | Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva. 2. Promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos. 3. Reducir factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo. 4. Estimular factores protectores y 5. Atender grupos con necesidades específicas. Trabajar en torno a seis ejes de los cuales cabe destacar los siguientes: Maternidad Segura, Planificación Familiar y Salud Sexual y Reproductiva.  |
| Código de la Infancia y la Adolescencia – Ley 1098 de 2006<br>Código de Infancia y Adolescencia                        | Código de la Infancia y la Adolescencia, establece la protección integral de infantes y adolescentes a través de un sistema de derechos y garantía, de políticas públicas y restablecimiento de los derechos. Garantiza el acceso gratuito de adolescentes a los servicios especializados de SSR y obliga a desarrollar programas para la prevención del embarazo no planeado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes.   |
|  | Artículo 1°. Señala que su finalidad es “garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”.<br><br>Artículo 3°. Sujetos titulares de derechos. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad. |
| Sentencias C-1299 de 2005 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional   | Despenalización del aborto.  |
| Conpes 091 de 2005<br>“Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015”. | * Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres adolescentes a 2015.<br><br>* Incrementar la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción y en la población sexualmente activa de 59 % a 75% y entre la población de 15 a 19 años de 38.3% a 65%.<br><br>* Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo manteniendo esta cifra por debajo del 15%.<br><br>* Promover la Equidad de Género y la Autonomía de la Mujer.  |
| Decreto número 3039 de 2007<br>Plan Nacional de Salud Pública.   | que define como una de las prioridades mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), y establece entre otras estrategias: 1) La promoción del ejercicio responsable de la SSR, la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual, con estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural y de género; 2) la implementación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, para atención en SSR a adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia                           |



|   |  |
|---|--|
|   | y de métodos modernos; 4) el fortalecimiento de la vigilancia de los riesgos y determinantes de la SSR y la importancia de la formación del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la SSR.  |
| Ley 1336 de 2009  | Por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.   |
| Plan Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar 2005-2015   | Su propósito es prevenir y atender la violencia intrafamiliar mediante una estrategia intersectorial dirigida a apoyar a los individuos, las familias y las comunidades, en el marco de su misión: transmitir principios y valores de convivencia y dotar a los núcleos básicos familiares de instrumentos para resolver los conflictos de manera pacífica. En la estrategia se articula el trabajo de las entidades técnicas y de las encargadas de las políticas sociales en el país.  |
| Ley 1146 de 2007  | La presente ley tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.  |
| Plan Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2019   | Para lograr un ejercicio efectivo de los derechos, se deberá dar énfasis al desarrollo de políticas públicas locales y territoriales que posibiliten la garantía en los ámbitos de: 1) De existencia: a) Todos vivos, b) ninguno sin familia, c) todos saludables, d) ninguno desnutrido o con hambre. 2) De desarrollo: e) Todos con educación de calidad y no discriminante, f) todos jugando, g) todos capaces de manejar los afectos y las emociones. 3) De ciudadanía: h) Todos registrados, i) todos participando en la vida de la comunidad. 4) De protección: j) Ninguno maltratado o abusado, k) ninguno en una actividad perjudicial o violenta, l) los adolescentes acusados de violar la ley con debido proceso y sanciones educativas y proporcionales. |
| Decreto número 2743 de 1968   | Crea el Consejo Nacional y el Instituto Colombiano de la Juventud y el Deporte. El Decreto número 1943 constituye la entidad con miras a una verdadera política de juventud en Colombia. El Decreto número 822 crea el programa Colombia Joven.  |
| Resolución número 5521/diciembre 2013.  | Actualización de contenidos del Plan Obligatorio de Salud - POS.   |
| Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y Proteger al Joven Trabajador 2008-2015. | El objetivo de la estrategia es focalizar y ordenar la acción de las entidades estatales y privadas que intervienen en el tema, hacia dos ejes esenciales para atacar el problema: 1. El ingreso de niños, niñas y adolescentes (en Peores Formas de Trabajo Infantil PFTI o en riesgo) al servicio educativo, a programas de uso creativo del tiempo libre y al sistema general de protección. Social; 2. El acceso de sus familias a servicios sociales que permitan que sus niños, niñas y adolescentes no ingresen o se retiren de las PFTI.   |
| Decreto número 2968 de 2010   | Artículo 1°. Crear la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos con el fin de armonizar las políticas orientadas a la formulación e implementación de planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.   |

|   |   |
|---|---|
| Ley 1453 de 2011                              | <p>Por medio de la cual se reforma el Código de Infancia y Adolescencia, y otros.</p> <p>Adicionando dos párrafos al artículo 42 de la Ley 1098 de 2006 obliga a las instituciones educativas a crear programas permanentes de escuela de padres, así mismo a las secretarías de educación.</p> <p>Parágrafo 1°. Considérese obligatorio que todas las instituciones educativas públicas y privadas estructuren un módulo articulado al PEI –Proyecto Educativo Institucional– para mejorar las capacidades de los padres de familia y/o custodios en relación con las orientaciones para la crianza que contribuyan a disminuir las causas de la violencia intrafamiliar y sus consecuencias como: consumo de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, deserción escolar, agresividad entre otros.</p> <p>Parágrafo 2°. Las Secretarías de Educación Municipal y Departamental deberán orientar y supervisar las estrategias y metas del sistema psicopedagógico y las Instituciones deberán consignarlo dentro del Proyecto Educativo Institucional (PEI) como de obligatorio cumplimiento.</p> |
| Ley 115 de 1994 actualizada<br>2012-octubre 3 | <p>Artículo 1°. Objeto de la ley. La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.</p> <p>La presente ley señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público. De conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política.</p>  |
| Conpes 147 de 2012                            | 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 adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.  |
| Ley 1620 de 2013                              | Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.   |
| Programa “Generaciones con Bienestar”         | Propone la promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, partiendo de la participación activa de ellos y ellas en todos los componentes y fases del Programa. Igualmente, propone la prevención temprana de la vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Esto a través de la consolidación de entornos protectores institucionales, comunitarios y familiares en los ámbitos municipales, distritales, urbanos y rurales, resguardos indígenas y comunidades afrocolombianas, palenque ras, raizales y rom.   |
| Resolución 5521/ diciembre 2013.              | Actualización de contenidos del Plan Obligatorio de Salud – POS.  |
| La Ley 1122 de 2007                           | Modificó el Sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) y estableció las prioridades, los actores y las responsabilidades que cada actor y nivel del sistema han de cumplir frente a la tarea de promover la salud, detectar y prevenir los principales factores de riesgo y condiciones de salud. Entre las prioridades se mencionan la salud sexual y reproductiva, la salud mental y las violencias, y se definen a adolescentes y jóvenes como la población más vulnerable.   |
| El Decreto número 3039 de 2007                | Se adopta el Plan nacional de salud pública, establece como segunda prioridad mejorar la salud sexual y reproductiva de la población y entre sus estrategias de prevención de riesgos y superación de daños dispone la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, para atención en salud sexual y reproductiva con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.   |

|  |  |
|--|--|
| Objetivos de Desarrollo del Milenio  | <p>OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA</p> <p>META UNIVERSAL: 5A. Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes META NACIONAL: Reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna.</p>   |
|  | <p>META UNIVERSAL: 5B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.</p> <p>META NACIONAL: Aumentar la promoción de la salud sexual y reproductiva.</p> <p>INDICADORES</p> <p>Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente (15 a 19 años sexualmente activa)</p> <p>Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez.</p>                              |
| Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) Colombia: Ley 12 de 1991 y Ley 1098 de 2006 | <p>Brinda un marco básico para el desarrollo de las políticas de infancia y adolescencia. Garantiza especial cuidado, asistencia y protección. Reconoce a la familia como la base para la sociedad y para el desarrollo de sus miembros, especialmente los niños. Afirma que las familias deben recibir la protección y asistencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, y que hay una corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado.</p> |
| Ley 387 de julio 18 de 1997  | <p>Artículo 10 en uno de sus objetivos, el Plan Nacional deberá: Adoptar medidas de atención humanitaria de emergencia a la población desplazada, con el fin de asegurarle su protección y las condiciones necesarias para la subsistencia y la adaptación a la nueva situación. El anterior objetivo es el que fundamenta la existencia del Paquete de Servicios Iniciales Mínimo (PSIM) para servicios de salud reproductiva.</p>                                |

  
 María Regina Zuluaga Henao  
 Representante a la Cámara

Óscar Darío Pérez Pineda  
 Representante a la Cámara

Federico Eduardo Hoyos Salazar  
 Representante a la Cámara

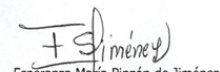
  
 Santiago Valencia González  
 Representante a la Cámara

Fernando Sierra Ramos  
 Representante a la Cámara

Wilson Córdoba Mena  
 Representante a la Cámara

Margarita María Restrepo Arango  
 Representante a la Cámara

María Fernanda Cabal Molina  
 Representante a la Cámara

  
 Esperanza María Pinzón de Jiménez  
 Representante a la Cámara

Tatiana Cabello Flórez  
 Representante a la Cámara

Edward David Rodríguez  
 Representante a la Cámara


Samuel Alejandro Hoyos  
 Representante a la Cámara

  
 Ciro Alejandro Ramírez Cortés  
 Representante a la Cámara

Hugo Hernán González  
 Representante a la Cámara

  
 Rubén Darío Motano  
 Representante a la Cámara

Alvaro Hernán Prada  
 Representante a la Cámara

  
 Marco Díaz Barrera  
 Representante a la Cámara

Carlos Alberto Cuero  
 Representante a la Cámara

Pierre Eugenio García  
 Representante a la Cámara

CÁMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARIA GENERAL

El día 3 de agosto del año 2017 ha sido presentado en este Despacho el Proyecto de ley número 071 con su correspondiente exposición de motivos por la honorable Representante *María Regina Zuluaga Henao* y otros honorables Representantes.

El Secretario General,

*Jorge Humberto Mantilla Serrano.*

**CONTENIDO**

Gaceta número 677 - jueves 10 de agosto de 2017

CÁMARA DE REPRESENTANTES **Págs.**

PROYECTOS DE LEY

|   |    |
|---|----|
| Proyecto de ley número 070 de 2017 Cámara, por la cual se adiciona ley 1098 de 2006, artículos 25 y 39 numeral 4° y se dictan otras disposiciones .....   | 1  |
| Proyecto de ley número 071 de 2017, por medio de la cual se delega al Programa Presidencial para el Sistema Nacional de Juventud. Colombia Joven, la integración funcional del sistema en la garantía de derechos a los y las adolescentes embarazadas..... | 11 |