

**ANÁLISIS DE LOS ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN  
DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL  
DISTRITO “SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA” EN EL COMPONENTE DE  
NACIMIENTO EN ADOLESCENTE DURANTE LA ALCALDÍA DE LUIS  
EDUARDO GARZÓN 2004 A 2007**

**CLARA CAROLINA JIMÉNEZ GONZÁLEZ**

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
BOGOTÁ D.C., 2014**

“Análisis de los alcances y limitaciones de la implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva del distrito, “SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA” en el componente de nacimiento en adolescentes, durante la alcaldía de Luis Eduardo Garzón 2004-2007”

Estudio de Caso  
Presentado como requisito para optar al título de  
Politóloga  
En la Facultad de Ciencia Política y Gobierno  
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Presentado por:

Clara Carolina Jiménez González

Dirigido por:

Andrés Eduardo Echeverría Ramírez

Semestre I, 2014

*Vamos los tres a otro lugar  
para volver a empezar  
rendir el libre preescolar  
y me pondré a trabajar  
vos cuidarás del bebe  
le cambiarás el pañal  
y le darás de mamar  
y poco a poco aprenderás*

*EL OFICIO DE SER MAMAAAAAAA.*

*Al par de adolescentes que un día tomaron la decisión de ser padres, que aprendieron a  
poner un pañal, andar con una beba en bus y a trasnochar mientras la cuidaban y ella  
aprendía a decir “fisiopatología”*

*A todas y cada una de las madres solteras que han sacado a sus hijos adelante, que no han  
tenido la colaboración de un Estado ni de un hombre.*

*Y a todos esos padres valientes que aunque no esperaban serlo jóvenes respondieron por  
sus hijos y asumieron su rol.*

*Al Ángel de mi vida, luchador de la suya*

## **AGRADECIMIENTOS**

Dándole fin a esta etapa de pregrado, es primordial agradecer a mis padres, que no solo depositaron su confianza en mí, sino que hicieron enormes esfuerzos para lograr mi desarrollo como persona y profesional. A mis abuelos que aunque ya no están a mi lado, fueron el apoyo y la fortaleza de un par de niños que decidieron tener una niña. A mis hermanos que aún se preguntan qué hace una politóloga, pero que son mi motor de vida.

A la Universidad del Rosario por darme la oportunidad de ser una persona crítica, pero también resolutiva frente a la situación del país y el mundo, mostrándome con profesores como Mario Urueña, Enver Torregroza, Mery Castillo, Germán Puentes, Julio Roballo, Mauricio Jaramillo, Javier Cárdenas, Ángela Santamaría y Fredy Cante que esto puede cambiar y que si hay personas honestas y preocupadas en este país.

A mis brujas, por el apoyo incondicional, por las horas de chisme y risas que fueron un aliento para continuar y no desfallecer en el intento. A mis amigos que aprendieron de embarazo adolescente que mostraban solidaridad con mi causa y que de vez en vez se sentaron a colaborar en transcripciones y búsqueda de información.

Indiscutiblemente gracias infinitas a Andrés por subirse en este tren conmigo, por madrugar los fines de semana por mi culpa y por creer en mí, otro padre adolescente que marco mi vida de la forma más positiva que se podría.

A Profamilia por toda la información, por la invitación al foro del día mundial de Poblaciones, a la Universidad de los Andes por acogerme y colaborarme haciéndome sentir como en casa; A Hernán Vargas por toda su colaboración desde la Secretaría de Salud.

Pero sobre todo a Dios por permitirme estar aquí y ahora, siempre bien rodeada y bendecida.

## RESUMEN

*El interés de este estudio de caso es analizar los alcances y limitaciones de la política pública Sexualidad sin indiferencia en el componente de nacimiento en adolescente. Es así como se hace necesario teorizar el concepto de política pública, para ello se propone el concepto de Raúl Velásquez, seguido de un análisis del policy cycle haciendo énfasis en la fase de la implementación, logrando así un análisis retrospectivo propuesto por Elmore, de la implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva en el distrito en el corto y mediano plazo, para finalmente lograr identificar la eficacia, eficiencia y efectividad de la misma.*

### **Palabras clave:**

*Política pública, implementación, embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva*

## ABSTRACT

*This case study is interested on analyzing the scope and limitations of public politic Sexuality without leaving apart the issue of teenage motherhood. It is necessary to theorize the concept of public politic; in this case the concep of Raul Velazquez is put forward, followed by an analysis of policy cycle, doing emphasis on the implementation phase. Thus, achieving a retrospective analysis proposed by Elmore of the public politic sexual and reproductive health performance in the district at the short and medium term, to finally identify this policy's efficiency, efficacy and effectiveness.*

### **Key words:**

*Public politic, implementation, Teenage pregnancy, sexual and reproductive health.*

## **CONTENIDO**

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN                                                                                                                                           | 12 |
| 1. PRECISIONES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES PARA LA<br>COMPRENSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA<br>PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN<br>BOGOTÁ. | 15 |
| 1.1 Políticas públicas                                                                                                                                 | 15 |
| 1.2 Las fases de las políticas públicas                                                                                                                | 16 |
| 1.3 La implementación                                                                                                                                  | 21 |
| 1.4 Conceptualización de salud sexual y reproductiva                                                                                                   | 23 |
| 1.5 Inventario final                                                                                                                                   | 24 |
| 2. EL EMBARAZO ADOLESCENTE COMO PROBLEMA<br>SOCIAL                                                                                                     | 26 |
| 2.1 Las características del embarazo adolescente                                                                                                       | 27 |
| 2.2 Política pública de salud sexual y reproductiva en Colombia y<br>embarazo adolescente                                                              | 30 |
| 2.3 Situación política en Bogotá                                                                                                                       | 32 |
| 2.4 Embarazo adolescente en Bogotá                                                                                                                     | 33 |
| 2.5 Inventario final                                                                                                                                   | 40 |

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA “SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA” EN SU COMPONENTE DE NACIMIENTO EN ADOLESCENTES. | 41 |
| 3.1 Análisis de involucrados de la política Sexualidad sin Indiferencia                                           | 43 |
| 3.2 La implementación de la política pública                                                                      | 45 |
| 3.3 Los resultados de la implementación de la política pública “sexualidad sin indiferencia”, en el corto plazo   | 49 |
| 3.4 Los resultados de la implementación de la política pública “sexualidad sin indiferencia”, en el largo plazo   | 51 |
| 3.5 Inventario Final                                                                                              | 53 |
| 4.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                  | 54 |

## LISTA DE GRÁFICAS Y CUADROS

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro 1. Las fases de las políticas públicas                                                                                                      | 18 |
| Cuadro 2. Tipos de adolescencia                                                                                                                    | 24 |
| Cuadro 3. Riesgos biológicos del embarazo adolescente frente a embarazo adulto                                                                     | 28 |
| Gráfica 1. Mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encontraban embarazadas hasta el 2010                                                  | 30 |
| Grafica 2. Adolescente que han formado su propia familia según personas que conforman su hogar por grupos de edad                                  | 31 |
| Cuadro 4. Presupuesto de la meta de reducir muertes maternas de 55 por cien nacidos vivos, el número de nacimiento en mujeres adolescentes de 15 a | 33 |
| Gráfica 3. Condición de pobreza de los adolescentes según región                                                                                   | 34 |
| Gráfica 4. Adolescentes que asistían a la escuela por edades simples según región año 2000                                                         | 36 |
| Cuadro 5 Distribución de adolescentes por deseo del último embarazo.                                                                               | 37 |



|                                                                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro 6. Proporción de adolescentes que habían experimentado eventos reproductivos por tipo de unión de la madre según estrato. Bogotá y Cali       | 38 |
| Grafica 5. Proporción de adolescentes que habían tenido su primera relación, unión e hijo antes de los 15 años en el 2000                            | 40 |
| Cuadro 7. Marco conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente                                                                      | 42 |
| Cuadro 8. Distribución porcentual de la población de los hogares, por afiliación a la seguridad social según departamento. 2005                      | 46 |
| Gráfica.6 Comparación de Políticas institucionales para la prestación de servicios de Salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes por tipo | 47 |
| Gráfica 7. Gráfico comparativo de embarazo adolescente en Bogotá años 2000 y 2005                                                                    | 49 |
| Gráfica 8. Deserción escolar en escuela secundaria en Bogotá 2005                                                                                    | 50 |
| Gráfica 9. Ciclo de servicios Amigables                                                                                                              | 52 |

## **ANEXOS**

Anexo 1. Mapa de concentración de adolescentes por localidad

Anexo 2. Matriz de Análisis de involucrados

Anexo 3. Matriz de teoría de políticas públicas

Anexo 4. Matriz de comparación de teorías

## **GLOSARIO**

AJ: Adolescentes y jóvenes

DSR: Derechos sexuales y reproductivos

ENDS: Encuesta nacional de demografía y salud

EPS: Entidad prestadora de servicios de salud

ICBF: Instituto de bienestar familiar

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

PP: Política pública

SSD: Secretaría de salud distrital

SSR: Salud sexual y reproductiva

UNFPA: Fondo de población de las naciones unidas

## INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva ha adquirido especial relevancia en el ámbito mundial, dado que se ha convertido en un problema social, que ha suscitado alto interés, ya que el control demográfico, y la salud pública se han visto afectados, llevando a que sea este un elemento obligatorio de estudio. En Colombia el tema no ha sido la excepción, puesto que en 2003 se consideró la necesidad de la creación de una política pública que diera solución a las diferentes problemáticas relacionadas con el tema, entre ellas las del embarazo adolescente.

En Bogotá los nacimientos en adolescentes estaban en el 20.5 %, las localidades que presentaban en mayor cantidad este fenómeno, eran Santa Fe, Usme, Candelaria, San Cristóbal y Rafael Uribe, dado que eran las localidades con mayor concentración de adolescentes y con mayor índice de pobreza, es así como en el 2004 con el programa de Bogotá sin indiferencia, encabezado por Luis Eduardo Garzón, alcalde de aquel entonces, se buscó crear políticas que dieran solución a los problemas que estuvieran afectando al Distrito.

En 2004 se crea la política pública de salud sexual y reproductiva, llamada “Sexualidad sin indiferencia”, que buscaba al igual que la política nacional, una reducción en los nacimientos en adolescentes, para este caso lograr que la tasa pasará del 20.5% a un 17%, es así como este proyecto busca realizar un análisis de la implementación de la política pública distrital en el componente de nacimiento en adolescente.

Este proyecto tuvo como objetivo principal, *identificar los alcances y limitaciones de la política pública “sexualidad sin indiferencia” en el componente de nacimiento en adolescente*, para ello se dio uso a la teoría de Elmore, quien propone dos tipos de análisis el retrospectivo y el prospectivo, es estas dos propuestas se tomó el retrospectivo, es decir, analizar desde los implementadores el proceso de la política y su intencionalidad

Inicialmente este proyecto buscaba hacer un análisis de la política pública en el corto plazo, es decir hasta el año 2007, dado que era solamente para los años de gobierno de Luis Eduardo Garzón que se planteaba la ejecución de la política pública Sexualidad sin Indiferencia, sin embargo el gobierno de Samuel Moreno continuó con esta política de salud sexual y reproductiva, dado que aunque no se evidenciaban resultados positivos, si se

consideraba una política bien diseñada, para el gobierno de este alcalde se realizaron modificaciones, tales como el tipo de implementadores, se firmó el acuerdo 248, donde la catedra de educación sexual era de obligatoria enseñanza en los colegios del distrito y se empezó a poner en funcionamiento los servicios amigables, sin embargo este análisis es hasta el año 2010, porque son los últimos resultados arrojados sobre el tema en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia, las cuales han sido la base de datos fundamental de este estudio de caso.

Por otro lado este proyecto buscaba dar uso tanto a los datos de la Secretaría de Salud Distrital, como datos proporcionados por Profamilia, sin embargo y en el proceso de la investigación se pudo identificar que ambos trabajan con los datos arrojados por las encuestas nacionales de demográfica y salud realizadas cada cinco años por Profamilia, es por ello que los datos que se encuentran en esta investigación en su mayoría al igual que los gráficos son de ENDS de diferentes años.

Para realizar un análisis de políticas públicas se hacía necesario, generar precisiones teóricas y conceptuales sobre el tema, para lo cual se utilizó el concepto de políticas públicas de Raúl Velásquez, seguido de la explicación de las fases de la política pública, basados en el análisis realizado por Andre Noel Roth frente al *policy cycle*.

Una vez definido el concepto de políticas públicas se profundizó en la fase de la implementación, dado que es la base de este estudio de caso, para ello se usó la teoría de Luis F Aguilar, la cual contempló el tipo de análisis de Elmore, para el caso de esta investigación el retrospectivo. Dado que se sentía faltaba algo que uniera estos conceptos, para dar facilidad a la comprensión del análisis se incluyó la teoría de Luis de Sebastián de análisis de involucrados, para así comprender la interacción de estos involucrados y su función dentro de la política pública.

En el segundo apartado de este estudio de caso, se dedicó a llevar a cabo el objetivo de *efectuar un diagnóstico de nacimiento en adolescente de la política de Salud Sexual y reproductiva “sexualidad sin indiferencia”*, esto se logró, partiendo de la situación general, pasando por la situación del nacimiento en adolescente en Colombia y finalmente realizándolo en Bogotá, una vez identificado el problema para el año de la creación de la

política pública en el Distrito, se explica la necesidad de generar Sexualidad sin Indiferencia.

El tercer capítulo de este proyecto, se dedicó a *describir el proceso de implementación de la política “sexualidad sin indiferencia”*, partiendo de un análisis retrospectivo, el cual fue ya planteado en el modelo teórico, dividiéndose este en una investigación desde los implementadores (Familia, colegio, servicios de salud, medios) por una parte y otra desde los directamente afectados, jóvenes y adolescentes, para dar pie a la parte final del mismo capítulo que buscaba *analizar la efectividad y eficacia de la política pública* en el mediano y largo plazo, para ello se dio uso a los postulados de Carlos Salazar Vargas.

Es así como Sexualidad sin indiferencia fue una política pública que logró mantener el porcentaje de nacimientos en adolescentes en Bogotá, aumentando el uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes, generando mediante servicios amigables un círculo de confianza con las mismas dando solución a dudas y guiando a las adolescentes frente a sus derechos sexuales y reproductivos, sin embargo un resultado no esperado en la formulación de esta política fue el alto porcentaje de gestaciones deseadas por parte de las adolescentes de 15 a 19 años.

## **1. PRECISIONES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES PARA LA COMPRENSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BOGOTÁ.**

Este primer capítulo tiene como objetivo hacer precisiones teóricas y conceptuales para lograr una mejor comprensión de la política pública de salud sexual y reproductiva “Sexualidad sin indiferencia”, implementada durante la alcaldía de Luis Eduardo Garzón en Bogotá. Así, en el marco de la citada, política se hará un análisis del componente de nacimiento en adolescentes, haciendo énfasis en la fase de la implementación.

Se iniciará por definir qué son políticas públicas, seguida de la explicación de sus fases, continuando con las aclaraciones teóricas correspondientes a la salud sexual y reproductiva, sus implicaciones y lo necesario para la comprensión de la problemática de un embarazo adolescente.

### **1.1. Políticas públicas.**

En este capítulo se hace necesaria la conceptualización de las políticas públicas, es por ello que se tomará el expuesto por Raúl Velásquez (2009) en la revista Desafíos:

Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. (pág. 156)

Raúl Velásquez (2009) señala que el lector puede identificar cuatro elementos para la comprensión de la política pública (págs. 160-161), elementos que se expondrán más adelante, aclarando que la política pública no hace referencia a un ciclo donde hay una agendación, formulación, implementación y evaluación, planteamientos propuestos por Charles O. Jones, sino que estas son políticas que interactúan permanentemente de todas las actividades.

Partiendo de la aclaración que hace Velásquez (2009), se puede afirmar que política pública es un proceso adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares. No obstante, cada política es diferente y necesitará de la intervención de diferentes actores y ocasionalmente de actores particulares, entendiendo a estos como partícipes de la política, ya sea promoviendo la agendación, dando aportes de las situaciones, objetivos e instrumentos o inclusive siendo los implementadores de la política (pág. 164). Sin embargo, que haya participación de los particulares no es fundamental, como sí lo es la de las autoridades públicas.

En segundo lugar, política pública es un proceso encaminado a prevenir o solucionar una situación definida como problemática. Velásquez (2009) en esta parte defiende que la política pública no es una renuencia, sino un proceso intencional. Es decir, aunque eventos particulares pueden en ciertas ocasiones ser la base desde donde se observa la necesidad de una política pública, y en esa medida es una reacción a algo, realmente una política pública, teleológicamente hablando, consiste en solucionar o prevenir racionalmente una problemática (pág. 165).

El último elemento que Raúl Velásquez (2009) propone es que la política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar, es decir “la política pública, como proceso integrador y como subsistema mismo, no se forma en el vacío; hace parte de un ambiente con el que se interrelaciona y sin el cual no puede existir” (pág. 166). El entorno de una política pública también cuenta con elementos como el sistema político, ordenamiento jurídico, organizaciones públicas entre otras, es por lo mismo que el autor considera que el ambiente no puede quedarse por fuera de esta definición.

## **1.2 Las fases de las políticas públicas**

Si bien Velásquez aclara que la política es un proceso integrador que se mantiene en el tiempo y que no es cíclico, pues también se pueden implementar evaluaciones, agendar reformulaciones y se evaluar formulaciones, es importante estudiar al modelo de Jones *Policy cycle*, ya que es un punto de partida para el análisis de políticas públicas. André Noël Roth (2009) afirma que el hecho de desagregar una política facilita el análisis y su



orientación a estados de efectos concretos y es por ello que él la usa para su conceptualización y análisis. (pág. 55)

El *Policy Cycle* parte de que política es un proceso, que tiene cinco fases: una identificación del problema seguida por una formulación de soluciones o acciones, procedida de una toma de decisión que llevara a una implementación, para luego evaluar la política, esto se ve mejor explicado en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Las fases de las políticas públicas**

| <b>FASE I<br/>IDENTIFICACIÓN<br/>DEL PROBLEMA</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>FASE II<br/>FORMULACIÓN DE<br/>SOLUCIONES O<br/>ACCIONES</b>                                                                                    | <b>FASE III<br/>TOMA DE<br/>DECISIÓN</b>                                                                                   | <b>FASE IV<br/>IMPLEMENTACIÓN</b>                                                                                                | <b>FASE VI<br/>EVALUACIÓN</b>                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apreciación de los acontecimientos</li> <li>-Definición de un problema</li> <li>-Agregado de intereses</li> <li>-Organización de las demandas</li> <li>-Representación y acceso ante las entidades públicas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboración de respuestas</li> <li>-Estudio de soluciones</li> <li>-Adecuación de los criterios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Creación de una coalición</li> <li>-Legitimación de la política elegida</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ejecución</li> <li>-Gestión y administración</li> <li>- Producción de efectos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reacciones a la acción</li> <li>- Juicio sobre los efectos</li> <li>- Expresión</li> </ul> |
| <b>Demanda de la acción pública</b>                                                                                                                                                                                                                            | <b>Propuesta de una respuesta</b>                                                                                                                  | <b>Política efectiva de acción</b>                                                                                         | <b>Impacto sobre el terreno</b>                                                                                                  | <b>Acción Política o reajuste</b>                                                                                                  |

Fuente: (Roth 2009, pág. 50)

La primera fase de la política pública es la identificación del problema, en la que se hace necesaria la construcción de una problemática. Se parte de considerar a la misma como social y se acepta que necesita de una intervención pública y una representación política que resulta del conjunto de las luchas que los actores sociales y políticos libran para llegar a la solución de mayor conveniencia. (Roth 2009, pág. 56)

Es necesario tener claro qué se entiende como problemática: es una situación que requiere una discusión argumentada con los actores políticos que reclaman una intervención. El esquema expuesto por Roth (2009), radica en formular ciertas preguntas que pueden ayudar a comprender las dimensiones del problema, es decir la naturaleza, la causa, la duración, los afectados y las consecuencias de qué sucedería si esta no se interviene. (pág. 60)

Ya considerado el problema y siendo conscientes de su necesaria intervención, se inicia la siguiente fase, que es la formulación de soluciones o acciones y toma de decisiones. En esta fase es importante resaltar que siempre habrá un número variado de soluciones que busquen mitigar o dar un desarrollo diferente al problema y tendrá la participación de actores variados, pero, al final, quien toma la decisión es el gobierno. (Roth 2009, pág. 61)

En la etapa de formulación de soluciones es donde variadas propuestas entran a competir intentando identificar la más conveniente para la problemática planteada. Roth (2009) lo explica como un embudo donde participan actores políticos, especializados, administrativos entre otros (pág. 75). En esta etapa Roth coincide con Velásquez cuando asegura que la política pública es un proceso adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares.

En esta etapa, Roth (2009) habla de la necesidad de jerarquizar los objetivos y metas de la política por medio de respuestas a preguntas de cómo y por qué. Una vez identificados estos dos elementos, se sigue a identificar los efectos esperados y los indicadores que son los que medirán al final los resultados. (pág. 77)

La siguiente fase propuesta en el *policy cycle* es la implementación, donde Roth señala que se lleva a cabo la ejecución de la política. No se puede considerar un acto puramente administrativo, pues esta es una fase fundamental en tanto es la fase donde la

política pasa de ser un discurso a convertirse en algo palpable (2009, pág. 108). Es un punto donde la política cambia de escenario: ya no es algo político que es decidido en una arena política como tal, sino que varía a un espacio público y es esta fase la que va a determinar el resultado de la política.

La implementación es una fase donde puede que los resultados no sean los esperados y se complique el mismo proceso de la política. Encontrando en el camino complicaciones que no se han visualizado en la fase de la formulación, por ser políticas que como bien dice Roth (2009) están dirigidas a hombres y mujeres, donde unos se ven necesariamente afectado de forma positiva o negativa, y las instituciones que ejecutan la política también tienen intereses diferentes y criterios variados frente a la política pública a implementar (pág. 118). lo cual es un cruce de ideas entre lo deseado y lo ejecutado, entre implementadores y público al cual va dirigido la política.

Una vez implementada la política, Jones habla de la etapa de la evaluación, elemento a lo que se refiere Roth (2009) dentro de su libro Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación. Esta se hace para determinar si la política ha sido o no exitosa. No se habla necesariamente de fracaso, dado que la política es medible gracias a los indicadores y estos pueden arrojar resultados tanto positivos como negativos, es decir es aquella que se encarga de recolectar, verificar e interpretar la información sobre la ejecución y eficacia de las políticas y programas públicos (pág. 135).

La evaluación es un elemento importante para un aparato estatal, pues “constituye una herramienta para encarar los tres principales retos de los gobiernos democráticos contemporáneos: comprender, comunicar y controlar.” (Roth 2009, pág. 140). Los gobiernos deben arrojar resultados para informar a la población pero también datos que son importantes para ver hasta dónde se está llegando, qué cubrimiento ha tenido con esta política y comprender qué sucedió durante su desarrollo. Es decir, tanto para la formulación como para la evaluación se precisa de la intervención de entes públicos para analizar el resultado de la política lo esperado y lo que no.

No obstante, a pesar de ser el *policy cycle* un buen punto de análisis para la política pública, existen críticas referentes al mismo, expuestas inclusive por el mismo Roth. Dentro de las críticas señaladas por Roth (2009), esté que es un modelo donde no se aclara

ni se entiende dónde inicia una fase y termina la otra. Es un enfoque que privilegia el punto de vista del legislador, dado que favorece el análisis de arriba hacia abajo, dejando un tanto al lado a los beneficiados o afectados por la política.

No se pueden ver las políticas públicas únicamente como un conjunto de estrategias organizacionales, sino que es necesario ir más allá de esto para mostrar que las políticas públicas son un elemento de participación política que interactúa con las formas tradicionales de participación política como el voto o la militancia, y, además, puede complementarlas. (pág. 55)

Roth (2009) también menciona a Sabatier quien por otro lado, señala que el modelo es incapaz de dar ciertas explicaciones de carácter lógico por medio de la formulación y comprobación de hipótesis. Tampoco deja espacios para responder a preguntas como ¿cuáles son las condiciones que transforman el proceso de una fase a otra? También se pregunta por qué la evaluación se plantea sólo al final del proceso, pues sería ideal hacerla durante toda la política. (pág. 52)

### **1.3 La implementación**

Teniendo en cuenta que esta investigación busca el análisis de la implementación de una política, se va a profundizar en el tema, agregando teorías diferentes a las de Roth y Jones. Es por ello que este apartado incluye otras conceptualizaciones y formas de analizar la fase de implementación de una política pública.

En esta fase es en donde la política pasa de ser un discurso político a ser algo palpable y medible. Luis F. Aguilar (1996) lo expresa en su libro “La implementación de las políticas” de la siguiente forma:

La implementación de las políticas abarca aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos. A estas acciones pertenecen tanto los esfuerzos momentáneos por traducir las decisiones en propuestas operativas, como los esfuerzos prolongados para realizar los cambios, grandes y pequeños, ordenados por las decisiones políticas. (pág. 99)

Pese a lo anterior, Aguilar (1996) también hace referencia a la teoría de Dünald S. Vanmeter y Carl E. Van Hürn, quienes también estudiaron la implementación y rescatan que ésta y su éxito dependen del tipo de política a desarrollar, en tanto se reconocen diferentes tipos, cada uno dependiendo de la magnitud del cambio requerido y del grado de consenso en torno a las metas por parte de los participantes en el proceso de

implementación, para concluir que, a mayor sea el cambio, habrá menos consenso y viceversa (pág. 112). Es decir, la implementación ya no dependerá de lo político y público, como la formulación, sino que también podrá tener intervención o inclusive solamente ser llevada a cabo por privados.

El analizar la implementación y tomar ésta como objeto de estudio es importante porque es aquí donde se denota que las decisiones no producen efectos inmediatos, lo cual señala Aguilar (1996) como “el análisis de las decisiones políticas resulta trivial cuando no se comprende cabalmente el mecanismo a implementar decisiones” (pág. 160), como señalaba anteriormente, un elemento son los objetivos y metas en el documento y otra el hacerlos palpables.

Sin embargo, según Aguilar (1996), Elmore aclara que la implementación “se puede analizar desde dos enfoques diferentes, uno de ellos el diseño prospectivo (*forward mapping*), y el diseño retrospectivo (*backward mapping*)” (pág. 251). El primero hace referencia a que inicia en la cúspide del proceso, a partir de la declaración más precisa posible de la intención de quien decide la política y se desarrolla a lo largo de una secuencia de pasos cada vez más específicos para definir lo que se espera de cada uno de los responsables de la implementación en cada nivel.

El retrospectivo hace referencia al análisis desde la última etapa, dándole mayor importancia a quien implementa y asegurando que estos podrían generar un cambio importante en la política a punto tal de reconfigurar la formulación de la solución, cambiando su enfoque (Aguilar 1996, pág. 252). Es decir, desde este diseño retrospectivo los implementadores pueden cambiar la intención inicial de la política, dejando un tanto a un lado la autoridad legítima de la política. Esta es la perspectiva desde la cual se analizará el caso que más adelante trabajará este texto. Es importante saber desde qué perspectiva se realizará el análisis de la implementación, dado que ambas arrojaran resultados distintos que pueden generar una evaluación positiva o no de la política pública a trabajar.

Luis de Sebastián (1999), por otro lado propone la teoría de Análisis de Involucrados que hace referencia a “alguna persona, física o moral, que, en el contexto de una determinada acción o circunstancia, puede ganar o perder algo, obtener o no lo que se desea, salir beneficiado o perjudicado, recibir o tener que entregar alguna forma de valor”

(pág. 35), es así como Luis de Sebastián propone identificar los involucrados que se beneficiaran para obtener apoyo durante la política y a su vez identificar quienes serán la oposición de la misma para visualizar posibles escenarios no contemplados antes, este se considera un análisis útil a la hora de la implementación ya que se pueden identificar las interacciones entre los involucrados y visualizar posibles resultados.

#### **1.4. Conceptualización de la salud sexual y reproductiva**

Para desarrollar el análisis de una política pública de salud sexual y reproductiva, en especial en lo que se refiere a embarazo y nacimiento en adolescentes, se hace necesario la comprensión de los términos que hacen parte de este tema. Es por ello que a continuación se hará una conceptualización de los mismos, iniciando por el concepto de salud sexual y reproductiva, continuando con los derechos sexuales y reproductivos, para luego hacer profundización en el tema adolescente.

La salud sexual y reproductiva es “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” (Organización de Naciones Unidas [ONU] 1994, p. apartado 7.2). El enfoque es preventivo, pues busca un desarrollo de la vida y de las relaciones personales, mediante el asesoramiento y atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

La salud sexual y reproductiva trae consigo unos derechos. Según Profamilia, estos derechos son:

Los más humanos de todos los 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 (elegir y ser elegido); ya que implica la posibilidad de mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y la reproducción. (Profamilia 2010, párr.2)

Es a partir de la estipulación de estos derechos, que se genera la obligación por parte del Estado de respetarlos, hacerlos respetar y propender porque la ciudadanía los conozca y hagan uso de ellos, por lo cual se crean políticas que busquen propender y defender estos derechos.

Dentro de las responsabilidades que adquieren los Estados frente a la salud sexual y reproductiva y sus derechos, se incluye la sexualidad responsable. Este componente tiene

como eje central a los y las adolescentes, dado que este es un grupo que requiere atención por su alto índice de gestaciones, considerando la siguiente clasificación de adolescentes:

## Cuadro 2. Tipos de adolescencia

| Tipo de adolescencia                        | Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Adolescencia Temprana</i> (10 a 13 años) | Biológicamente, es el periodo <u>peripuberal</u> , con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. No controla sus impulsos. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (Issler, 2001, pág. 11) |
| <i>Adolescencia media</i> (14 a 16 años)    | Es cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, sintiéndose invulnerables y asumiendo conductas omnipotentes. (Issler, 2001, págs. 11-23)                                                                                                                                                                        |
| <i>Adolescencia tardía</i> (17 a 19 años)   | Es donde el riesgo de mortalidad materna se disminuye y hay mayor acercamiento a los padres, además ya no existen mayores cambios físicos y suelen aumentarse los embarazos a temprana edad. (Issler, 2001, págs. 11-23)                                                                                                                                                                                                   |

Fuente: Elaborado por el autor con base en la información de (Issler 2001, pág. 11-23)

Es así como vale la pena resaltar que la política pública de salud sexual y reproductiva “Sexualidad sin indiferencia” fue una política que se enfocó en adolescentes en edad media y tardía, es decir de los 15 a 19 años de edad, no sólo porque son el mayor grupo adolescente en quedar en embarazo, sino porque son los que propenden a tener un feliz término con su embarazo a diferencia de los que se dan en menores de 15 años.

### 1.5 Inventario final

Es así como en este primer capítulo se realizaron apreciaciones teórico-conceptuales acerca de las políticas públicas, usando la teoría de Raúl Velásquez para darles explicación y a



continuación usando la teoría del *policy cycle*, para la comprensión de las fases de las políticas públicas y en especial sobre la fase de implementación.

Una vez aclarados los conceptos que hacen referencia a la política pública, se aclararon conceptos de la salud sexual y reproductiva al igual que lo que se entiende por adolescentes y el grupo de adolescentes a los cuales iba dirigida la política pública sexualidad sin indiferencia.

Por otro lado, este capítulo señala que el análisis se hará desde el enfoque retrospectivo, propuesto por Elmore, de la fase de la implementación de la política pública “Sexualidad sin indiferencia” en el componente de embarazo adolescente, pues se analizará partiendo de los y las adolescentes y no desde la alcaldía y los diseñadores de la política pública ya antes mencionada.

## **2. EL EMBARAZO ADOLESCENTE COMO PROBLEMA SOCIAL**

El embarazo adolescente ha sido un tema de gran importancia no sólo en Colombia, sino también a nivel mundial, el problema del aumento demográfico significativo ha sido de gran preocupación, en especial a partir de 1994 donde los gobiernos mundiales notaron esta coincidencia.

En 1994, en el Cairo, se realizó la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que tenía como preocupación central el crecimiento demográfico mundial de los últimos años, comprometiendo a los gobiernos a promover el potencial humano, erradicar la pobreza y asegurar el desarrollo para todos. Un año más tarde se realizó la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing que complementaría la Conferencia en el Cairo, promoviendo así el respeto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y erradicación de la violencia en contra de la mujer y la niña. (Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo [GPI] 1996, pág. 3)

Dentro del mismo marco, se generaron acciones legislativas a nivel mundial como adoptar un marco de derechos humanos para proteger los derechos sexuales y reproductivos, asegurar el acceso a la información de educación y servicios de salud sexual y reproductiva, haciendo dentro de estas pautas especial énfasis en los adolescentes, asegurando la protección de sus derechos, la eliminación de barreras legales y de la discriminación. (GPI 1996, págs. 4, 5)

A partir de estas conferencias y los parámetros enmarcados en las mismas, los gobiernos del mundo se vieron obligados a iniciar programas de salud sexual y reproductiva para lograr no sólo un mejor desarrollo en los y las ciudadanas de sus países sino también para controlar la tasa demográfica mundial.

Este capítulo se dividirá en tres partes: una donde se tratará del embarazo adolescente y todo lo que este conlleva, una segunda que se referirá a la situación nacional del embarazo adolescente para el año en que se desarrolló la política pública de salud sexual y reproductiva “Sexualidad sin indiferencia” y una última parte que hará referencia al embarazo adolescente en el Distrito Capital en el año 2004.

## **2.1 Las características del embarazo adolescente**

Todo embarazo constituye un hecho biopsicosocial muy importante, no importa si se da en la adolescencia o no, pero en esta edad en especial se dan ciertas situaciones que pueden “atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea” (Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil de la Universidad de Chile [DPCIUC] 2008, pág. 43). No sólo es un problema físico, cuya explicación se dará a continuación, sino social, no sólo en el presente de la madre y el niño, sino en su futuro.

Se ha podido denotar, según el departamento de pediatría de la Universidad de Chile, una relación inversamente proporcional entre el desarrollo y el índice de embarazos en adolescentes. Un ejemplo de ello es que Estados Unidos tiene un índice de 12,8%, mientras Salvador cerca del 25%, Colombia del 21% y países africanos se acercan al 45% de embarazos adolescentes (DPCIUC 2008, pág. 45). Sin embargo no se puede afirmar que este sea un único índice para medir el desarrollo del país o lo único influyente en el embarazo adolescente en estos países.

Se pueden identificar, según el departamento de pediatría de la Universidad de Chile, tres tipos de factores de riesgo, que pueden considerarse efecto de los embarazos adolescentes:

Factores de riesgo individuales: este grupo hace referencia a todo lo que afecta directamente y de forma individual a la niña, es decir una menarquia temprana, bajo nivel de aspiraciones académicas, creencias, poco conocimiento de planificación familiar, entre otras. (DPCIUC 2008, pág. 44)

Factores de riesgo familiares: este se refiere a que las adolescentes suelen tener una familia disfuncional, antecedentes de embarazos adolescentes en la madre o hermanas al igual que pérdidas significativas y padres que no culminaron sus estudios.

Factores de riesgo sociales: trata adolescentes con un bajo nivel socioeconómico, que viven rodeadas de delincuencia, alcoholismo, que trabajan desde una edad precoz y

suelen ser marginadas socialmente y creen en un amor romántico en la adolescencia. (DPCIUC 2008, pág. 44)

Con lo anterior se debe comprender que estos son los aspectos que rodean y afectan directamente a la persona y que pueden producir cambios, al igual que llevar a un pensamiento donde ser madres y padres adolescentes sencillamente sea un resultado de la afectación de estas tras variables. Por otro lado también se habla de las consecuencias de estos embarazos ya una vez identificados los factores de riesgo que inciden en la maternidad de una adolescente.

La mortalidad materna de madres menores de 20 años, suelen doblar a la de madres entre 20 y 34 años. Además hay más probabilidad de que el feto tenga bajo peso por falta de nutrición suficiente de la madre durante el embarazo. No obstante, estas suelen presentar hipertensión, anemia y preclamsia entre otros (DPCIUC 2008, pág. 44). Es decir, es la suma de estos factores más la desnutrición del feto lo que pone en peligro la vida del niño y de la madre en el momento de su nacimiento. En el cuadro 2.1 se puede comprender mejor el riesgo de un embarazo en adolescente.

### **Cuadro 3. Riesgos biológicos del embarazo adolescente frente a embarazo adulto**

|                                                               | Embarazos adolescentes | Embarazos adultos |
|---------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
| Anemia                                                        | 49.36%                 | 43.67%            |
| Infección Tracto Urinario                                     | 13.29 - 23.2%          | 6.96%             |
| Retardo Crecimiento Intrauterino *                            | 12.02%                 | 5.69%             |
| Parto prematuro                                               | 8.3 - 8.86%            | 2.8 - 4.43%       |
| Recién Nacido de bajo peso                                    | 6.32 – 6.9%            | 3.16 -10.1%       |
| Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales) | 10.75 - 15.7%          | 5.69 - 5.7%       |
| Parto Instrumental                                            | 4.9 – 8.22%            | 2.1 - 10.12%      |

\*Diferencia estadísticamente significativa

Fuente: (Departamento de pediatría y cirugía infantil de la Universidad de Chile [DPCIUC] 2008, pág 45)

El hijo de una adolescente suele ser normal en su desarrollo físico, la diferencia suele darse en hijos de mujeres menores de 15 años, donde las malformaciones son más comunes, ya que el quedar embarazada en menos de 5 años después de la menarquia se considera igualmente un riesgo para el desarrollo del feto. Las anteriores son consecuencias en el ámbito físico, ahora se hablara de las del desarrollo psicosocial.

Así una mujer ya haya dado a luz a la edad de la adolescencia, sigue siendo una niña que no está preparada para ser madre, se ve en la obligación a asumir este rol, lo cual no permite un desarrollo social satisfactorio. Además, suelen ser madres con bajo nivel de escolaridad o que en muchos casos bajan su nivel académico gracias a las nuevas responsabilidades que tienen.

Los padres de los hijos de estas mujeres no suelen responder por ellos luego de un tiempo de nacidos. Las familias de estas jóvenes se ven obligadas a reestructurar las obligaciones de los miembros de la familia y la búsqueda del equilibrio, pues este tipo de situaciones suelen desestabilizar a los núcleos familiares. El hecho que en muchos casos sea una familia de pocos recursos y numerosa es otra consecuencia de un desarrollo psicosocial complejo para la madre y el niño. (DPCIUC 2008, pág. 46)

Por otro lado en sectores urbanos marginados, el embarazo adolescente puede significar “solución a problemas sociales y familiares en un contexto de falta de opciones” (Coll 2001, pág. 433). Además, en América Latina las jóvenes de estratos bajos luego de la secundaria quedan sin expectativas diferentes a las de un hogar, ya sea por las posibilidades proporcionada por los diferentes Estados, cultura o simple situación familiar, es por ello que en su mayoría estas madres jóvenes suelen ya tener un hogar antes o inmediatamente después de la concepción.

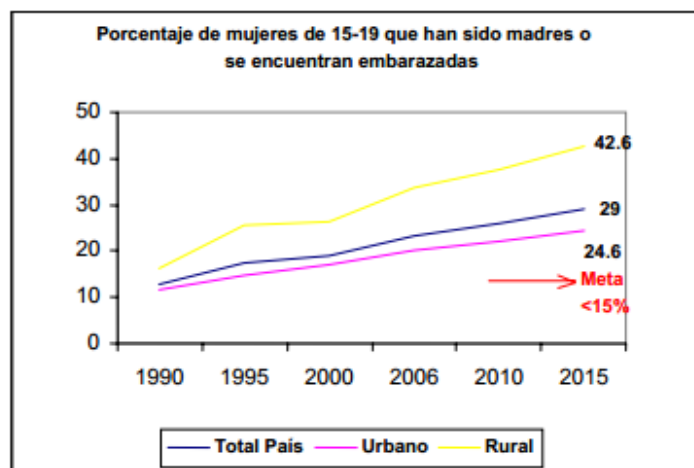
Hasta este punto se han dado pautas para comprender la magnitud de la importancia de un embarazo adolescente y las complicaciones que este acarrea no solo para la madre, sino para la sociedad y quienes la rodean, al igual que se hace comprensible la necesidad de controlar estos embarazos y ayudar a estas jóvenes.

## 2.2 Política de salud sexual y reproductiva en Colombia y embarazo adolescente.

Colombia, a partir de la ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral que fue puesto en marcha a partir de 1998, tiene como uno de sus ejes fundamentales la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que a su vez tiene dentro de sus componentes la salud sexual y reproductiva.

En el 2003 se propone el programa nacional de salud sexual y reproductiva, ya que la situación nacional no se alejaba de la mundial, dado que desde 1990 la tasa de madres adolescentes en Colombia se incrementaba de forma paulatina. Según datos de Profamilia enmarcados en el Conpes 91 de 2005, Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos De Desarrollo del Milenio, el porcentaje de madres adolescentes había aumentado paulatinamente, al pasar de un “12,8% en 1990, en 2000 al 19,1% y en 2005 a 20,5%” (Departamento Nacional de Planeación [DNP] 2005, pág. 56), es decir, para el 2005, una de cada cinco adolescentes en Colombia estaba o había estado embarazada.

**Gráfica 1. Mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encontraban embarazadas hasta el 2010**

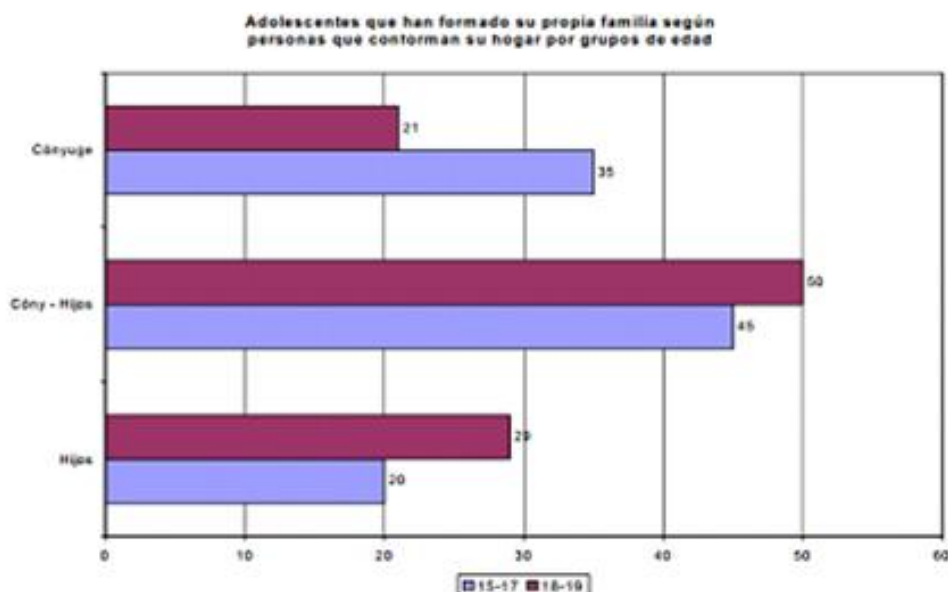


Fuente: (Departamento Nacional de Planeación 2005, pág. 21)

Un factor importante es la relación entre el desarrollo y los embarazos adolescentes. Es por ello que Profamilia decidió en esta misma investigación analizar la situación de pobreza de los adolescentes y partiendo de allí de las que se hacían madres en etapa adolescente, donde las que están en situación de pobreza y en situación de miseria son superior a las madres clasificadas como no pobres, a nivel nacional, sin embargo en la segunda parte de este capítulo se podrá identificar esta situación por región y por ende la que vivía Colombia en el año 2000.

En el 2000 Profamilia hace la encuesta Nacional de Demografía y Salud, donde se encuentran con que hay un porcentaje de adolescentes en Colombia que deciden tener su propia familia. Para ese año, un 19% de adolescentes entre los 15 y 19 años ya tenían su propio hogar (Ordoñez 2000, pág. 11), alejándose del núcleo inicial. A partir de esta investigación se concluye que el hecho que sean mujeres unidas influye en que sean madres a temprana edad y que además estas gestaciones sean deseadas. En el cuadro 2.3 se podrá observar este fenómeno.

**Grafica 2. Adolescente que han formado su propia familia según personas que conforman su hogar por grupos de edad**



Fuente. (Profamilia 2010, pág. 13)

La situación era preocupante en el país, pues estos son sólo unos de los factores de riesgo de un embarazo adolescente. Por ello se crea el programa nacional de Salud sexual y reproductiva, en el que se debía incluir en este tipo de programas los cuidados de los recién nacidos, así como el acceso y la información en general a todo lo referente a la sexualidad y reproducción, pasando por los tratamientos para la fertilidad hasta los servicios de un aborto seguro y los tratamientos para sus posibles complicaciones.

Este programa buscaba ser transversal, porque requería colaboración de otros sectores como el de la educación, dado que se deberían iniciar los conocimientos en salud sexual y reproductiva desde el colegio. Sin embargo, este tipo de elementos chocaron con pensamientos de algunos colegios e inclusive de algunos padres que se negaban a que sus hijos recibieran este tipo de educación. Es decir: esta política se convertiría en un reto para las instituciones nacionales que trabajan con jóvenes de 15 a 19 años.

### **2.3 Situación política en Bogotá**

Luis Eduardo Garzón fue nombrado alcalde de la ciudad de Bogotá para el periodo del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2007. Su programa fue llamado “Bogotá sin indiferencia”, cuyo interés inicial era construir colectivamente una ciudad. Sus objetivos generales eran una ciudad “Moderna, humana, incluyente y solidaria, comprometida con el estado social de derecho, con una gestión pública integrada, participativa, que genere compromiso social y reconciliación, garantía en los derechos humanos, integrada local y regionalmente, generar empleo” (Contraloría de Bogotá 2005, pág. 3).

Dentro de los programas propuestos por Garzón para una vida digna, se encontraba el componente de nacimientos en adolescentes, donde su tercer objetivo en el plan era “Reducir las muertes maternas a menos de 55 por cien mil nacidos vivos; el número de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años en 17%; la mortalidad infantil a menos de 12 por mil nacidos vivos” (Contraloría 2005, pág. 63). Para ello, Bogotá contaba con un presupuesto, distribuido de la siguiente forma, para los dos primeros años de gobierno:



**Cuadro 4. Presupuesto de la meta de reducir muertes maternas de 55 por cien nacidos vivos, el número de nacimiento en mujeres adolescentes de 15 a 19 años a 17% y la mortalidad a menos del 12 por mil nacidos, año 2004 y 2005**

| PRESUPUESTO Y CUMPLIMIENTO DE LA META No. 3 REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS A MENOS DE 55 POR CIENT MIL NACIDOS VIVOS; EL NUMERO DE NACIMIENTOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN 17%; LA MORTALIDAD INFANTIL A MENOS DE 12 POR MIL NACIDOS VIVOS. |                  |            |            |       |                       |      |                                |           |           |      |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|------------|-------|-----------------------|------|--------------------------------|-----------|-----------|------|-----------------------|
| Millones de pesos                                                                                                                                                                                                                                        |                  |            |            |       |                       |      |                                |           |           |      |                       |
| PROYECTO                                                                                                                                                                                                                                                 | PRESUPUESTO 2004 |            |            |       | CUMPLIMIENTO DE METAS |      | PRESUPUESTO A JUNIO 30 DE 2005 |           |           |      | CUMPLIMIENTO DE METAS |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                   | PROGRAMADO       | ASIGNADO   | EJECUTADO  | %     | Nº METAS              | %    | PROGRAMADO                     | ASIGNADO  | EJECUTADO | % DE | Nº METAS              |
| 0340                                                                                                                                                                                                                                                     | 249.758,86       | 249.758,86 | 216.559,39 | 86,71 | 3                     | 0,00 | 0,00                           | 0,00      | 0,00      | 0,00 |                       |
| 0384                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |            |       |                       |      | 56.586,30                      | 66.585,30 | 48.819,41 | 73,3 | 3                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |            |            |       |                       |      |                                |           |           |      | 0,00                  |

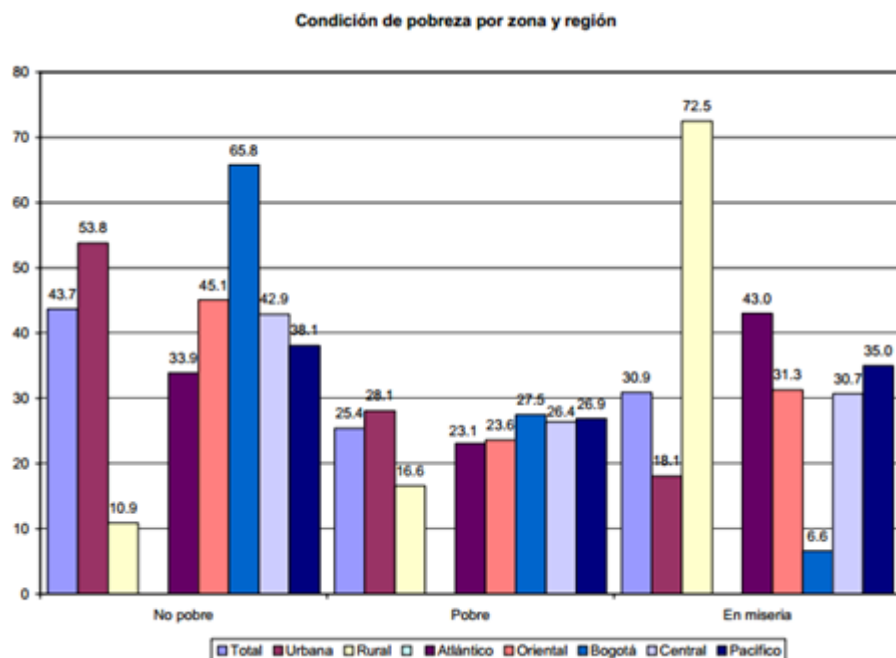
Fuente: (Contraloría de Bogotá 2005, pág.69)

Sin embargo, como se puede evidenciar en el cuadro 2.4, en el corto plazo no se ve cumplimiento de la meta. Aun así es comprensible, dado que como bien señala la contraloría en su informe, son metas palpables a mediano y largo plazo, no a largo.

## 2.4 Embarazo adolescente en Bogotá

El panorama en Bogotá no era diferente, las tasas de madres adolescentes y la situación que las rodeaba no se alejaba del panorama nacional, aunque era de las ciudades con menor índice de analfabetismo y de ausentismo escolar, siempre fue de la mano con el promedio de adolescentes embarazadas o madres de Colombia. A pesar de ello, y que Bogotá contaba con el mayor índice de adolescentes no pobres (65.8%), también era el segundo con mayor índice de adolescentes pobres (27.5%), es importante mencionar que Bogotá contaba con un reducido índice de adolescentes en condición de miseria (6.6%), lo cual conecta el índice de NBI con el de embarazo adolescente y por ende se empieza a identificar la relación con el desarrollo del país. (Profamilia 2000, pág 20 )

**Gráfica 3. Condición de pobreza de los adolescentes según región**



Fuente. (Profamilia 2000, pág 20)

El cuadro 2.5 muestra la situación de los y las adolescentes en Colombia frente a la concentración de la pobreza en el 2000. Más adelante se revisará cuál de ese porcentaje tanto de adolescentes pobres, no pobres y en situación de miseria se encontraban embarazadas, el número de hijos nacidos vivos, la situación de las adolescentes frente a la educación y su situación marital.

Es importante añadir que la pobreza va de mano de la educación y a su vez esta del desarrollo de la y el adolescente. Es por ello que se considera importante hacer un análisis de las características de estos adolescentes para así identificar cuáles de los factores de riesgo señalados en el primer apartado de este capítulo lo son también para la ciudad de Bogotá.

En la gráfica 2.6, se puede observar que la asistencia de los adolescentes a la escuela ha ido disminuyendo en todo el país y que de igual forma Bogotá no estaba siendo la excepción para el año 2000 y que se requería una solución urgente para este fenómeno de ausentismo.

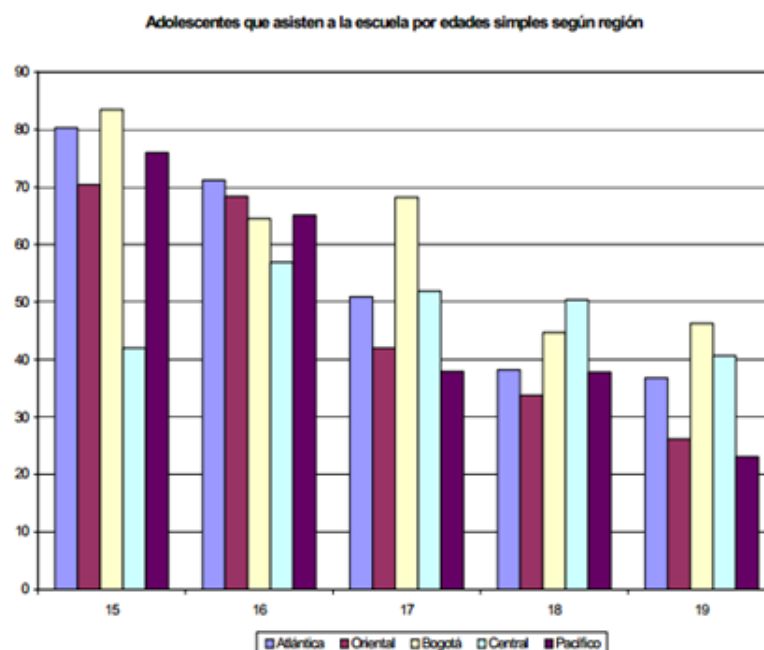
Así es como en 2004 se creó en Bogotá el programa “Sexualidad sin indiferencia” en la alcaldía de Luis Eduardo Garzón, Bogotá se encontraba en un momento crítico de embarazos adolescentes, ya que eran más de 20.000 al año. Para el 2005 el número de embarazo en mujer adolescente era de 78.528, ya que la tasa era del 20.5% al igual que la tasa nacional. “Las localidades que reportaban mayores tasas de nacimientos en adolescentes, contados por cada 10.000 jóvenes entre los 10 y 19 años, eran Santa Fe (57.7), Usme (56.63), Candelaria (51.22), San Cristóbal (48.83) y Rafael Uribe (47.48).” (Secretaria de salud Distrital [SSD] 2004, pág. 3)

Las anteriores cifras corresponden a cinco de las localidades más vulnerables en términos económicos dentro de la ciudad de Bogotá (Observatorio Ambiental de Bogotá, 2009, pág. 110). Cada una de ellas cuenta con un porcentaje de personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza superior al 50,4% y una incidencia de indigencia entre el 8,3% y el 51,6% (Alcaldía Mayor de Bogotá 2009, pág. 74). Teniendo en cuenta que existen tendencias demográficas en las que las familias de menores recursos son aquellas con mayor cantidad de hijos, debido principalmente a que la fecundidad se encuentra directamente relacionada con el nivel de pobreza, es comprensible que las localidades anteriormente mencionadas sean aquellas con mayores tasas de embarazos en la población adolescente.

Por otro lado, es importante mencionar que según los datos demográficos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, dichas localidades poseen una proporción de adolescentes mayor que las demás, lo que permite comprender que sus tasas sean más elevadas. (Ver Anexo 1)

El nivel educativo de la población, especialmente el femenino, es otro de los factores determinantes que deben ser tenidos en cuenta sobre la incidencia de los embarazos adolescentes, sin embargo no se ha realizado un estudio donde se encuentre tal información por localidad, tan solo por región, y ello es observado en el siguiente cuadro, donde hasta los 17 años las adolescentes asisten a las escuela en un 69%, mientras un año más tarde se disminuye la asistencia escolar a un 45% aproximadamente. (Profamilia 2000, pág 17)

**Gráfica 4. Adolescentes que asistían a la escuela por edades simples según región año 2000**



Fuente. (Profamilia 2000. Pág 43)

Los datos aumentaban. Era necesaria la creación de esta política pues “las gestaciones no planeadas pasaban en 1990 de ser el 25% a 66% en el año 2003” (Secretaría de salud Distrital 2004, pág. 4), lo cual también desembocaba en falta de comunicación de la madre adolescente con su familia, inclusive a maltrato intrafamiliar, problemas psicoafectivos, y falta de oportunidades educativas y laborales, igualmente se tenía el temor que las adolescentes fueran afectadas por la violencia, abuso sexual y el consumo de sustancias psicoactivas. (SSD 2004, pág. 3). Sin embargo, ese 66% no correspondía solamente a adolescentes. De hecho, y de manera sorpresiva, un gran número de embarazos adolescentes eran deseados e inclusive planeados. Esto se puede identificar en el cuadro a continuación.

**Cuadro 5 Distribución de adolescentes por deseo del último embarazo.**

| Distribución de adolescentes por deseo de último embarazo 2000 |                   |                   |                |       |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|-------|
| Características                                                | Deseados entonces | No deseado        |                |       |
|                                                                |                   | Deseado más tarde | No deseaba más | Total |
| ZONA                                                           |                   |                   |                |       |
| Urbana                                                         | 41.6              | 47.8              | 10.6           | 58.4  |
| Rural                                                          | 49.2              | 43.5              | 7.3            | 50.8  |
| NIVEL DE EDUCACIÓN                                             |                   |                   |                |       |
| Primaria                                                       | 50.5              | 39.7              | 9.9            | 49.6  |
| Secundaria                                                     | 38.8              | 52                | 9.2            | 61.2  |
| GRUPO DE EDAD                                                  |                   |                   |                |       |
| 15-17                                                          | 46.4              | 41.9              | 11.7           | 53.6  |
| 18-19                                                          | 43.2              | 48.2              | 8.6            | 56.9  |
| INDICE DE NBI                                                  |                   |                   |                |       |
| No pobre                                                       | 40.3              | 50.7              | 9.1            | 59.8  |
| Pobre                                                          | 41.7              | 45.9              | 12.5           | 58.4  |
| En Miseria                                                     | 47.7              | 44.4              | 7.9            | 52.3  |
| Total                                                          | 44.1              | 46.4              | 9.5            | 55.9  |

Fuente. (Flórez 2007, pág 45)

Uno de los determinantes definitivos y riesgosos de los embarazos y nacimientos en adolescentes es la situación socioeconómica de las adolescentes. Es por ello que el CEDE (Centro de Estudios Sobre Desarrollo Económico) de la Universidad de los Andes realizó un estudio acerca de las características de las adolescentes frente a su estado marital por clases (baja y media-alta) para, basados en ese comparativo, lograr comprender dónde se encontraban el mayor número de madres adolescentes.

Es a partir de “Sexualidad sin indiferencia” que se marcan unas metas claras que expresaron en términos numéricos, buscaban reducir la cantidad de nacimientos en la población de 15 a 19 años a un 17%. Ello lo buscaban mediante un desarrollo y seguimiento a la educación para la sexualidad y la vida, dándole tal importancia a este componente que buscaba un trabajo conjunto de la Secretaria de Salud Distrital con la la Secretaría de Educación Distrital, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, el Departamento Administrativo de Acción Comunal , el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, el Instituto Distrital de Cultura y Turismo (SSD 2004, pág. 9), todo esto

enmarcado en las necesidades sociales con una perspectiva amplia de la sexualidad en donde lo grupal y lo colectivo tienen una expresión y especial atención.

**Cuadro 6. Proporción de adolescentes que habían experimentado eventos reproductivos por tipo de unión de la madre según estrato. Bogotá y Cali 2003**

**Cuadro 9: Proporción de adolescentes que ha experimentado eventos reproductivos por tipo de unión de la madre según estrato. Bogotá y Cali 2003.**

| Estrato /                 | Bogotá (N=550)      |            |                  | Cali (N=552)        |            |                  |
|---------------------------|---------------------|------------|------------------|---------------------|------------|------------------|
| Tipo de unión de la madre | Relaciones Sexuales | Embarazo   | Hijo nacido vivo | Relaciones Sexuales | Embarazo   | Hijo nacido vivo |
| <b>Estrato Bajo</b>       |                     |            |                  |                     |            |                  |
| Unión consensual          | 40.8                | 13.3       | 10.2             | 48.8                | 10.0       | 7.5              |
| Casada                    | 31.2                | 10.8       | 7.5              | 44.4                | 8.9        | 6.7              |
| Separada/Divorciada       | 35.4                | 12.2       | 9.8              | 53.1                | 20.4       | 18.4             |
| <b>Estrato Medio-Alto</b> |                     |            |                  |                     |            |                  |
| Unión consensual          | 27.5                | 3.9        | 2.0              | 50.6                | 9.4        | 8.2              |
| Casada                    | 25.2                | 1.5        | 0.7              | 26.0                | 2.7        | 2.0              |
| Separada/Divorciada       | 31.7                | 8.3        | 6.7              | 28.2                | 2.6        | 1.3              |
| <b>Total</b>              |                     |            |                  |                     |            |                  |
| Unión consensual          | 31.5                | 10.1       | 7.4              | 37.6                | 9.7        | 7.9              |
| Casada                    | 27.6                | 5.3        | 3.5              | 30.3                | 4.1        | 3.1              |
| Separada/Divorciada       | 33.8                | 10.6       | 8.5              | 37.8                | 9.4        | 7.9              |
| <b>Total Total</b>        | <b>30.0</b>         | <b>7.6</b> | <b>7.1</b>       | <b>34.2</b>         | <b>7.2</b> | <b>6.5</b>       |

Fuente: Encuesta Salud Adolescente, 2003, CEDE.

Fuente. (Centro De Estudios Sobre Desarrollo Económico [CEDE] 2003, pág 50).

La política se propuso alcanzar estas metas mediante acciones como informar, fortalecer, y generar acercamiento de los y las ciudadanas especialmente de los y las adolescentes, en todo lo referente a temas de sexualidad responsable, así como crear una página web y línea 018000, para asesorar en este tipo de temas. Se buscaba lograr llevar este elemento curativo a un ámbito preventivo. Sin embargo la política expresó su intención de llevarse a cabo en tan solo cuatro años, con colaboración de entidades como Profamilia, y EPS privadas y públicas.

La política de salud sexual propuesta por el distrito tuvo como eje fundamental tres funciones: la procreativa, erótica y comunicativa. Lo que se buscaba era generar conciencia y responsabilidad en los ciudadanos, ya que la sexualidad está afectada por la relación de personas con el medio, es decir no sólo la relación sexual de la pareja se ve afectada sino su relación con el entorno, pues es en estos espacios donde se desarrolla la persona como tal.

También se debe hablar de un espacio individual frente al tema de sexualidad y reproducción, ya que es importante contemplar las ideas que tienen los ciudadanos sobre sus cuerpos, el comportamiento, las opciones de práctica sexual, planeación y gestación y

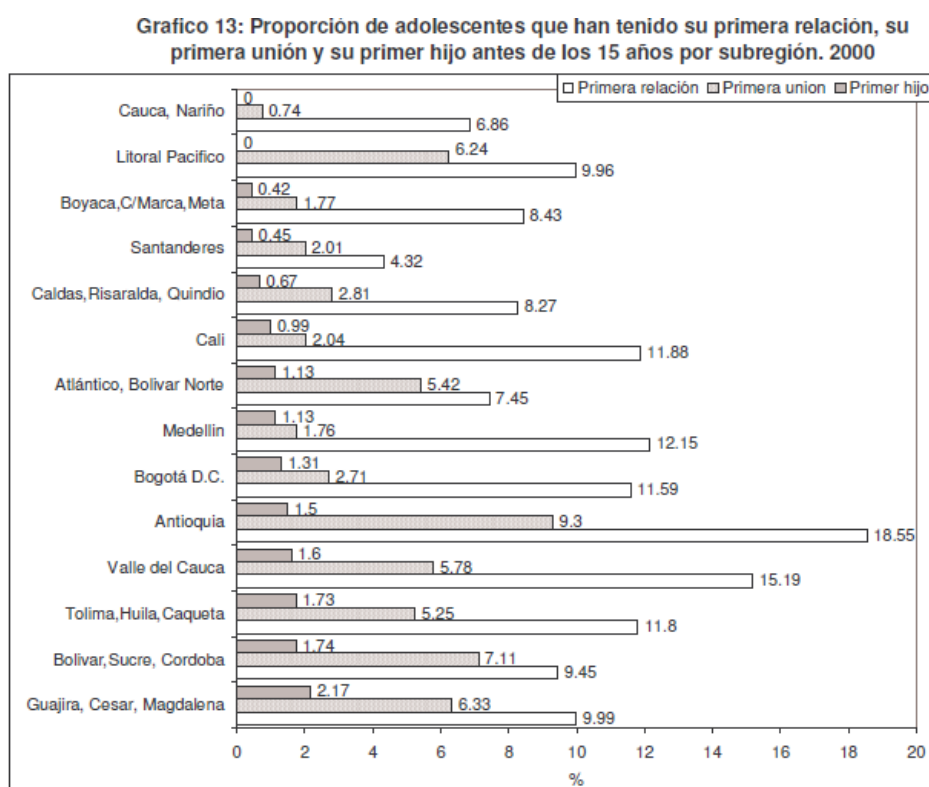
sus decisiones en general frente a su cuerpo, que además deben tener en cuenta factores económico, culturales e inclusive políticos.

Los datos más llamativos de la política fueron los referentes a embarazos adolescentes, ya que Bogotá contaba con la mayor cantidad en el país y estos se concentraban en ciertas localidades y no precisamente siempre en las que más adolescentes tenían o la que tenía mayor población en general.

Esta política no tuvo en cuenta los embarazos adolescentes que se daban en menores de 15 años, no porque no se considerara importante, sino porque en este tipo de adolescentes el embarazo no suele llevarse a feliz término dado los riesgos físicos para las adolescente, además que hay un menor porcentaje a los dados en la adolescencia media. Sin embargo, se considera importante plasmar en el siguiente cuadro el porcentaje de adolescentes menores de 15 años que para el 2000 ya habían tenido su primera relación sexual, cuáles ya habían sido madres y cuáles se encontraban ya en unión.

Partiendo entonces de la necesidad de la política de Salud Sexual y Reproductiva en el distrito y haciendo llamado a otras entidades, dada la transversalidad de la política, se puso en funcionamiento de forma inmediata en el año 2004. Vale la pena de igual modo resaltar que esta política estuvo en funcionamiento en el distrito hasta el año 2013, año en que se creó una nueva política de Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá.

## Grafica 5. Proporción de adolescentes que habían tenido su primera relación, unión e hijo antes de los 15 años en el 2000



Fuente. (CEDE 2003, pág 33)

## 2.5 INVENTARIO FINAL.

El segundo capítulo de este estudio de caso se dedicó a hacer un análisis acerca de embarazo adolescente, sus implicaciones y riesgos, seguido de un diagnóstico a nivel mundial, nacional y Distrital en Colombia basados en cifras de las Encuestas Nacionales de Salud y Demografía realizadas por Profamilia hasta el año 2000.

A partir del diagnóstico del embarazo adolescente, se señala la importancia de la creación de un programa de salud sexual y reproductiva a nivel nacional. Y siendo Colombia un país descentralizado administrativamente, se hace necesario que cada departamento e inclusive algunas ciudades tengan su propio programa de salud sexual y reproductiva, para este caso Bogotá en el año 2004.



### **3.LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA “SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA” EN SU COMPONENTE DE NACIMIENTO EN ADOLESCENTES**

El embarazo adolescente ha constituido hoy por hoy una problemática costosa para la Salud Pública, dado que no es sólo el tener unos padres adolescentes, sino que también se debe contemplar la vida del bebe y su desarrollo. El costo de una mortalidad materna o perinatal, que no sólo se refiere a instancias económicas, sino también a sociales y de calidad de vida que a su vez afecta no sólo a la familia sino a la sociedad y el país. (Del Castillo, et. al. 2008, pág 220)

Para lograr realizar un análisis acerca de la implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva del Distrito en 2004, y retomando el primer capítulo donde se hará un análisis retrospectivo, se hace necesario contemplar diferentes determinantes que afectan el desarrollo de los adolescentes y su descendencia, para posteriormente analizar su desarrollo en la ciudad de Bogotá, estos determinantes están plasmados en el cuadro 3.1.

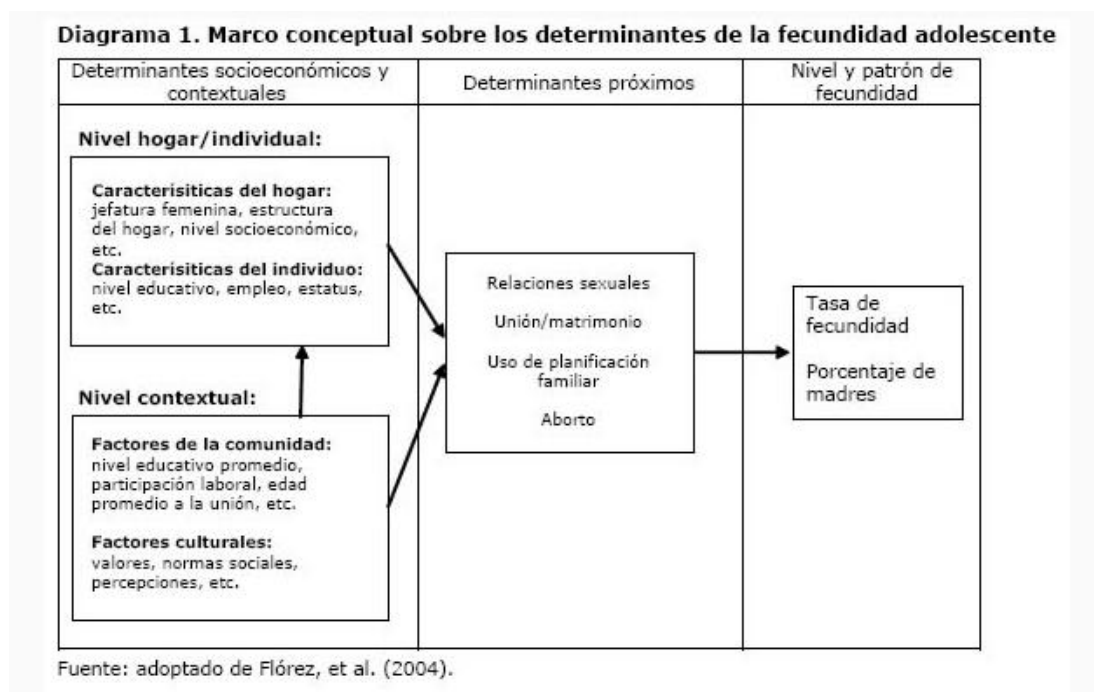
La política pública Sexualidad sin Indiferencia estuvo a cargo de la Secretaría de Salud Distrital, lo cual se encuentra expresado dentro de la misma política, de la siguiente forma.

A pesar de existir la Ley Nacional de Educación, la cual contempla como obligatoria la Educación Sexual, en el Distrito Capital el desarrollo de la educación sexual ha tenido importantes limitaciones, que son reflejo de lo que sucede en el país. Un estudio realizado por el Ministerio de Educación, logró establecer limitaciones en la calidad del proceso, dificultades para abordar el tema por parte de docentes y las familias de los alumnos y alumnas, así como debilidades administrativas para lograr una educación emancipadora, generadora de autonomía, respetuosa de las diversidades sexuales y con enfoque de géneros, situaciones que también señalan los mismos niños, niñas, adolescentes y padres y madres de familia. (SSD 2004, pág 2)

Es a partir de ello que se estudiará en este capítulo cómo con la política “Sexualidad sin indiferencia” se atacó el fenómeno de embarazo y por ende el nacimiento en adolescentes, teniendo en cuenta los determinantes identificados por Carmen Elisa Flórez y su grupo de investigación. Vale la pena señalar que estos factores se han tenido en cuenta por investigadores expertos en el tema, inclusive por el mismo Roth, que realizó la

investigación de la implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva en el eje cafetero. Es por ello que se considera pertinente darle uso a estos determinantes para poder analizar la implementación de esta política en Bogotá.

### Cuadro 7. Marco conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente



Fuente. (CEDE 2003, pág 14)

Se debe recordar que la gran meta de esta política era disminuir a un 17% los nacimientos en adolescentes entre los 15 a 19 años, logrando esto mediante la educación, eliminando mitos sobre la sexualidad, fomentando una página web y una línea 018000 para asesoría a los adolescentes (SSD 2004, pág. 9). Estos elementos requerían colaboración de otras entidades que no serían sólo y exclusivamente dedicados a la salud, dado que el medio de comunicación con los y las adolescentes sería la educación. Era necesario trabajar de la mano con esta secretaría, también se buscaba ocupar el tiempo libre de los jóvenes y crear una disciplina, no sólo con el fin de disminuir los embarazos adolescentes, sino con el fin de alejar a los jóvenes de adicciones y otros riesgos que corrían por su situación socioeconómica y su entorno. Es por ello que aquí entraría la colaboración de la Secretaría

Distrital de Cultura y Deportes. Estos son sólo ejemplos para la comprensión de la transversalidad de la política.

Por otro lado se considera en este capítulo el análisis de la eficacia y efectividad de la política pública sexualidad sin indiferencia, y para ello es necesario aclarar qué se entiende por cada uno de estos conceptos, para así en el desarrollo de este capítulo lograr indicar la efectividad y eficacia que tuvo la política “Sexualidad sin indiferencia”, estos términos suelen darse en términos cuantitativos, es así como partiendo de la meta de la política pública (reducir a un 17% los nacimientos en adolescentes en Bogotá), se realizará un análisis en el corto y mediano plazo de la implementación de la misma

Es así como en esta investigación, se considerará el concepto de eficiencia como el alcance de los objetivos de la política al menor costo posible, la eficacia como “el grado como se satisfacen las necesidades de la comunidad, es decir se es eficaz cuando las políticas públicas logran impactar y satisfacer en la forma debida las necesidades, deseos y gustos del grupo objetivo al cual están dirigidas” (Salazar Vargas pág. 76) y por último la efectividad como compuesta por una “variable interna(la eficiencia) y una externa (la eficacia) y es la que une, relaciona y le da sentido a estas dos, hasta el punto de que ni el más alto grado de eficiencia posible, podrá compensar una selección errónea de metas” (Salazar (s.f) pág. 76)

Partiendo de lo anterior, este capítulo iniciará analizando la implementación de la política pública “Sexualidad sin indiferencia” desde los implementadores y luego desde los directamente afectados, para así lograr comprender cómo fue la implementación de esta política en el componente de nacimiento en adolescente, continuando con el análisis de la eficacia y efectividad de la misma, en el corto y mediano plazo.

### **3.1 Anàlisis de involucrados de la política pública Sexualidad sin Indiferencia**

Retomando a Luis de Sebastián, en este apartado se hará el análisis retrospectivo de la implementación de la política pública en el componente de nacimiento en adolescentes, tomando a cada uno de estos implementadores como involucrados de la política e identificando su función e interacción con la misma y en este caso con los adolescentes.

Los primeros involucrados a los que se hace referencia es a las familias de los jóvenes, que aunque son implementadores indirectos, son el círculo más cercano a los adolescentes, de ellos se esperaba que mediante servicios de planificación familiar, se fortaleciera la confianza y en conocimiento en DSR de los jóvenes, pero sucedió todo lo contrario: en las familias “seguía predominando el silencio, la evasión, la vergüenza, los tabúes, los prejuicios y las concepciones fundamentadas sobre criterios morales, que son el resultado de la construcción social de la sexualidad humana desde el riesgo y la prohibición” (Secretaría Distrital de Integración Social [SDIS] 2007, pág. 7), por lo cual estos no fueron generadores de aclaraciones para sus hijos y orientadores de una sexualidad sana y responsable ya que seguían igualmente desorientados y llenos de temores, pues no querían ser incitadores de lo que consideraban “estaba mal, pecaminoso”.

Continuando con el círculo más cercano a los adolescentes, se encuentran los educadores, ya cubriendo el tema “la Secretaría Distrital de Integración Social, a través de la Subdirección para la Juventud, en convenio con la Universidad Pedagógica Nacional esta, a su vez, con la Corporación Promover Ciudadanía, implementaron entre junio de 2005 y julio de 2007 el Proyecto Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la población juvenil de Bogotá” (SDIS 2007, pág. 6), que trató de contribuir con la promoción y apropiación de los DSR y la reducción de embarazos no deseados. Para ello se realizaron charlas y educaron en el tema a 15.000 estudiantes de sexto a décimo grado de colegios distritales, (SDIS 2007, pág. 6), ubicados en las localidades más vulnerables y con mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

A pesar de esta gran cobertura, en estas localidades el problema desde el implementador radicó en que muchos de los profesores de estas instituciones no sabían darle manejo de forma pedagógica a temas como embarazos adolescentes, homosexualidad, abuso sexual, entre otros, pues afirman que no existen casi documentos que enseñen como abordar esto desde un espacio pedagógico, (SDIS 2007, pág. 7), ya que en su mayoría realizan un análisis de tipo académico que muestran cómo actuar de acuerdo a particularidades, pero no como llevarlo a un grupo o comunidad estudiantil.

Por otro la los profesionales en el campo médico sobre adolescentes y jóvenes, son los implementadores directos que aspiraba tener la política, dado que estos son más

involucrados en lo referente a embarazo adolescente. Es importante tener en cuenta cómo es la mirada de estos frente a la problemática y frente a los DSR de los y las adolescentes, los prestadores reconocen a este grupo como una población que está expuesta a múltiples factores de riesgo sociales y psicológicos, que coinciden con los prejuicios y creencias de muchos de ellos, elementos que no dejan lugar a consultar sobre los deseos y necesidades de los jóvenes y que impiden la ejecución de programas y servicios.” (Fondo de Población de Naciones Unidas[UNFPA] 2008, pág. 38)

Igualmente se debe considerar en términos de salud la situación que vivía el país y la ciudad en aquel entonces: una atención despersonalizada, largas filas y tiempo de espera, atención, llenar formularios, etc (UNFPA 2008, pág. 40). Los jóvenes no sienten confianza y mucho menos que están ejerciendo un derecho. Este es uno de los elementos que no permiten la participación, en especial de las mujeres, donde lo que buscan es ser tratadas como ciudadanas más que pacientes.

Por ultimo un implementador importante y al cual todos los jóvenes y adolescentes suelen tener acceso es a los medios masivos de comunicación, por medio de los cuales los jóvenes construyen y aprenden los sentidos y significados de la sexualidad mediante experiencias de los pares, en muchos casos sin participación y acompañamiento de la familia, lo cual impide el discutir y analizar esta información de forma indicada que les permita construir posturas propias y tomar decisiones de manera autónoma, reflexiva e informada. ( SDIS 2007, pág. 8)

Es así como, desde la perspectiva de los implementadores, hubo grandes alcances como el educar 15.000 jóvenes acerca de los derechos sexuales y reproductivos, que además aportaron en eliminación de mitos y tabúes acerca de la sexualidad. Sin embargo, se empiezan a identificar limitaciones como la falta colaboración por parte de las familias y la creencia en las experiencias de los pares, que ha impedido el formar un criterio propio de los adolescentes frente a la sexualidad.

### **3.2 La implementación de la política pública Sexualidad sin indiferencia**

Los jóvenes y adolescentes poseen barreras para el acceso a diferentes servicios de salud, dado que no todos pertenecen a una ARP, EPS o al SISBEN y, por ende, no todos pueden

informarse por medio de servicios médicos acerca de sus DSR y tener acceso a servicios amigables, un programa implementado en la política pública “Sexualidad sin indiferencia” en el largo plazo, más exactamente en el 2007.

En la gráfica a continuación se puede observar cómo aún en 2005, 7 años después de puesto en funcionamiento del sistema nacional de salud, en Bogotá casi un 19% de las personas aún no pertenecían al régimen impuesto por la ley 100 de 1993 y ello sólo hace referencia al cubrimiento referente a servicios de salud, pero a servicios amigables lo fue aún más pues estos fueron implementados 3 años luego de la política y casi 10 después de la ley 100. Así que estos siguen siendo una barrera para los adolescentes y los jóvenes en Bogotá

**Cuadro 8. Distribución porcentual de la población de los hogares, por afiliación a la seguridad social según departamento.**

| Cuadro 14.1.2 Población total <i>de jure</i> de los hogares, por tipo de afiliación a la seguridad social, según departamento   |                                 |                    |      |      |                      |                                              |           |                 |                    |      |                           |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|------|------|----------------------|----------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------------|------|---------------------------|--------------------------|
| Distribución porcentual de la población de los hogares, por afiliación a la seguridad social, según departamento, Colombia 2005 |                                 |                    |      |      |                      |                                              |           |                 |                    |      |                           |                          |
| Departamento                                                                                                                    | Porcentaje<br>afiliado<br>a ARP | Afiliación a SGSSS |      |      |                      |                                              |           |                 |                    |      | No<br>está<br>afiliado(a) | Número<br>de<br>personas |
|                                                                                                                                 |                                 | ISS                | EPS  | ARS  | Empresa<br>solidaria | Fuerzas<br>militares/<br>policía<br>nacional | Ecopetrol | Magis-<br>terio | Foncol-<br>puertos |      |                           |                          |
| La Guajira                                                                                                                      | 5.7                             | 5.8                | 18.2 | 32.0 | 0.0                  | 0.3                                          | 0.0       | 2.3             | 0.0                | 40.2 | 1.1                       | 5,475                    |
| Cesar                                                                                                                           | 4.2                             | 3.6                | 15.6 | 39.5 | 0.1                  | 1.3                                          | 0.0       | 0.6             | 0.0                | 38.0 | 1.2                       | 5,539                    |
| Magdalena                                                                                                                       | 4.5                             | 4.2                | 14.9 | 30.5 | 1.1                  | 0.7                                          | 0.0       | 2.4             | 0.4                | 45.2 | 0.6                       | 5,338                    |
| Atlántico                                                                                                                       | 8.4                             | 6.2                | 28.0 | 27.3 | 0.1                  | 1.5                                          | 0.0       | 0.6             | 0.3                | 35.2 | 0.9                       | 7,851                    |
| San Andrés                                                                                                                      | 9.3                             | 12.3               | 32.2 | 39.8 | 0.0                  | 1.1                                          | 0.0       | 1.4             | 0.0                | 12.8 | 0.4                       | 1,809                    |
| Bolívar                                                                                                                         | 6.4                             | 4.2                | 18.5 | 33.7 | 2.0                  | 0.8                                          | 0.2       | 1.2             | 0.2                | 38.6 | 0.7                       | 5,625                    |
| Sucre                                                                                                                           | 5.2                             | 2.9                | 16.9 | 34.6 | 0.3                  | 1.3                                          | 0.1       | 2.5             | 0.0                | 40.2 | 1.2                       | 5,849                    |
| Córdoba                                                                                                                         | 4.1                             | 2.9                | 15.4 | 28.3 | 0.1                  | 1.1                                          | 0.0       | 2.4             | 0.1                | 48.7 | 1.0                       | 5,670                    |
| Norte de Santander                                                                                                              | 5.2                             | 6.1                | 15.4 | 27.4 | 0.1                  | 1.8                                          | 0.5       | 1.7             | 0.0                | 45.4 | 1.3                       | 4,791                    |
| Santander                                                                                                                       | 8.7                             | 7.7                | 26.5 | 31.9 | 0.0                  | 2.7                                          | 1.4       | 1.9             | 0.0                | 26.8 | 1.2                       | 4,570                    |
| Boyacá                                                                                                                          | 4.9                             | 7.1                | 18.7 | 50.0 | 0.0                  | 1.1                                          | 0.0       | 0.6             | 0.1                | 21.0 | 1.4                       | 4,669                    |
| Cundinamarca                                                                                                                    | 9.2                             | 6.1                | 27.3 | 43.7 | 0.0                  | 2.3                                          | 0.1       | 0.7             | 0.0                | 19.4 | 0.5                       | 4,804                    |
| Meta                                                                                                                            | 6.5                             | 5.7                | 32.1 | 21.7 | 0.1                  | 2.1                                          | 0.0       | 0.5             | 0.0                | 36.8 | 1.0                       | 4,035                    |
| Bogotá                                                                                                                          | 16.3                            | 8.5                | 46.7 | 21.5 | 0.1                  | 2.6                                          | 0.2       | 0.3             | 0.0                | 18.9 | 1.2                       | 9,709                    |
| Antioquia                                                                                                                       | 12.0                            | 6.5                | 36.6 | 23.6 | 1.8                  | 0.8                                          | 0.0       | 1.3             | 0.0                | 28.3 | 1.1                       | 9,595                    |
| Caldas                                                                                                                          | 9.9                             | 9.9                | 25.0 | 24.0 | 5.6                  | 1.4                                          | 0.0       | 2.0             | 0.0                | 31.6 | 0.5                       | 4,227                    |
| Risaralda                                                                                                                       | 11.3                            | 6.0                | 31.1 | 22.0 | 0.2                  | 1.3                                          | 0.0       | 1.4             | 0.0                | 37.4 | 0.6                       | 4,150                    |
| Quindío                                                                                                                         | 8.4                             | 7.6                | 27.6 | 29.9 | 0.1                  | 1.5                                          | 0.1       | 0.8             | 0.0                | 31.0 | 1.5                       | 4,325                    |
| Tolima                                                                                                                          | 5.2                             | 4.9                | 21.1 | 32.4 | 0.4                  | 1.4                                          | 0.0       | 1.0             | 0.0                | 38.0 | 0.8                       | 4,897                    |
| Huila                                                                                                                           | 4.8                             | 4.0                | 19.3 | 31.8 | 0.0                  | 1.7                                          | 0.1       | 0.4             | 0.0                | 42.4 | 0.4                       | 5,544                    |
| Caquetá                                                                                                                         | 3.8                             | 1.5                | 15.3 | 40.2 | 0.0                  | 0.6                                          | 0.0       | 0.7             | 0.0                | 41.0 | 0.7                       | 3,927                    |
| Valle                                                                                                                           | 11.7                            | 9.4                | 34.1 | 22.7 | 0.2                  | 1.6                                          | 0.0       | 0.6             | 0.1                | 30.7 | 0.6                       | 9,867                    |
| Cauca                                                                                                                           | 3.8                             | 4.3                | 15.3 | 35.5 | 0.1                  | 0.9                                          | 0.0       | 0.8             | 0.1                | 42.1 | 1.0                       | 5,554                    |
| Nariño                                                                                                                          | 5.2                             | 5.0                | 14.5 | 53.0 | 0.0                  | 1.1                                          | 0.0       | 1.3             | 0.0                | 24.2 | 0.9                       | 5,819                    |
| Chocó                                                                                                                           | 3.3                             | 1.8                | 8.2  | 43.9 | 3.3                  | 0.8                                          | 0.0       | 3.1             | 0.0                | 37.4 | 1.5                       | 4,236                    |
| Arauca                                                                                                                          | 6.0                             | 5.5                | 17.7 | 46.3 | 0.0                  | 2.5                                          | 0.0       | 1.5             | 0.0                | 26.1 | 0.4                       | 2,525                    |
| Casanare                                                                                                                        | 7.9                             | 5.9                | 25.0 | 26.9 | 0.0                  | 0.8                                          | 0.0       | 2.3             | 0.0                | 37.0 | 2.1                       | 2,186                    |
| Guainía                                                                                                                         | 10.5                            | 2.1                | 22.9 | 53.4 | 0.2                  | 1.9                                          | 0.0       | 4.2             | 0.0                | 14.8 | 0.5                       | 2,501                    |
| Vichada                                                                                                                         | 7.7                             | 0.1                | 23.6 | 44.8 | 0.4                  | 3.5                                          | 0.0       | 3.9             | 0.0                | 22.2 | 1.3                       | 2,297                    |
| Amazonas                                                                                                                        | 10.6                            | 5.9                | 24.5 | 32.7 | 0.1                  | 5.6                                          | 0.0       | 4.8             | 0.1                | 25.4 | 0.9                       | 2,827                    |
| Putumayo                                                                                                                        | 8.7                             | 2.4                | 34.9 | 34.1 | 1.2                  | 1.3                                          | 0.1       | 2.0             | 0.0                | 23.7 | 0.3                       | 2,474                    |
| Guaviare                                                                                                                        | 7.7                             | 0.1                | 23.1 | 52.7 | 0.0                  | 1.3                                          | 0.0       | 2.8             | 0.0                | 19.2 | 0.8                       | 2,791                    |
| Vaupés                                                                                                                          | 10.8                            | 3.3                | 27.0 | 53.6 | 0.0                  | 0.7                                          | 0.0       | 5.6             | 0.0                | 9.6  | 0.2                       | 2,364                    |
| Total                                                                                                                           | 9.3                             | 6.4                | 28.4 | 29.8 | 0.6                  | 1.5                                          | 0.1       | 1.1             | 0.1                | 31.0 | 0.9                       | 157,840                  |

Nota: El número de personas corresponde a casos sin ponderar, es decir, personas en los hogares efectivamente entrevistados.

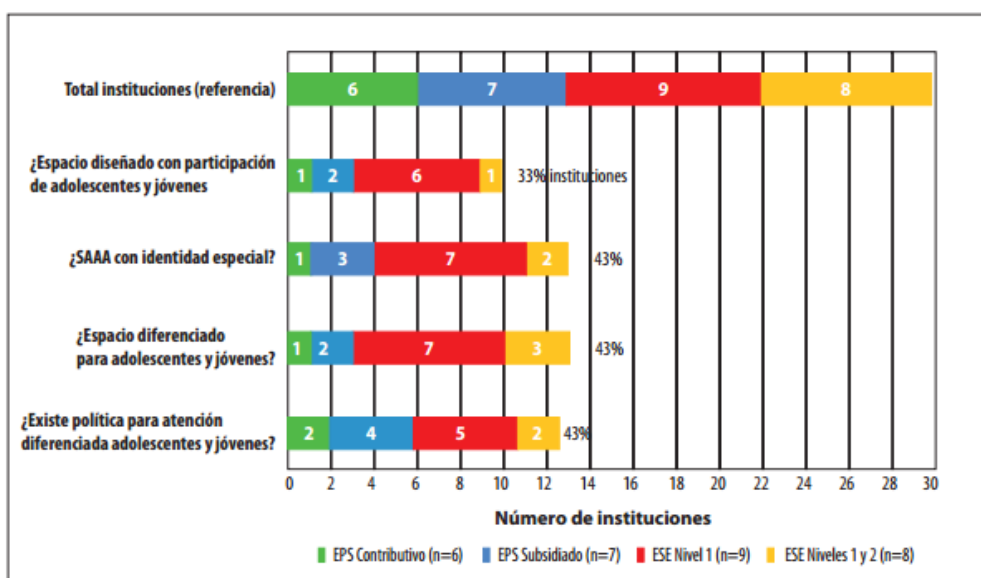
2005

Fuente. (Profamilia1 2005, pág 348)

A pesar de estas cifras, con la política pública de SSR del Distrito, se buscaba integrar más a las entidades prestadoras de servicios de salud, buscando una amplia cobertura para lo referente a los jóvenes y adolescentes. Es por ello que el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), generando una alianza con la Secretaría de Salud Distrital en 2008, decidió acercarse a estas entidades y consultar su cobertura y programas de Promoción y Prevención para los jóvenes y adolescentes, obteniendo como resultados, lo siguiente:

**Gráfica.6 Comparación de Políticas institucionales para la prestación de servicios de Salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes por tipo de institución.**

**Figura 1. Comparación de políticas institucionales para la prestación de servicios de SSR en AJ por tipo de institución. Porcentaje de respuestas afirmativas según formatos autodilenciados**



Fuente. (Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA] 2008, pág 165)

Lo que se puede analizar frente a la implementación de la política con el anterior cuadro es que cuatro años después de formulada “Sexualidad sin indiferencia”, las diferentes instituciones no tenían facilidades, ni espacios diseñados sólo para jóvenes y

adolescentes que estuviesen un 50% implementadas, lo cual genera otra barrera para los jóvenes y el conocimiento acerca de sus DSR.

Otro elemento identificado durante la implementación de la política y que no colabora a su fin último es que dos tercios de las entidades exigen acudientes para atender al adolescente porque es menor de edad y por lo tanto considerado niño ante la ley. Sin embargo, este factor impide generar un círculo de confianza con el joven, ya que el acudiente suele intervenir durante la consulta y cohibir al joven frente a su sexualidad (UNFPA 2008, pág 167).

A pesar de lo anterior y la cobertura, los servicios amigables han marcado una diferencia, es un programa dirigido por jóvenes para jóvenes, lo cual facilita su confianza, desarrollo y comprensión frente a sus derechos sexuales y reproductivos. La muestra de la importancia de estos servicios es que una vez implementados, la tasa de embarazo adolescente bajo un punto porcentual. Eso se estudiará más a fondo en el siguiente capítulo.

Además de los servicios amigables, el implementar un modelo pedagógico en los colegios colaboró a llenar esos vacíos de conocimiento frente al tema de los adolescentes y a generar valores frente a su cuerpo, a comprender sus derechos y a intercambiar experiencias con sus pares bajo la asesoría de profesores que fueron capacitados por la Secretaría de Salud. Con esta política no se buscaba tener a una persona especializada en cada colegio sobre el tema, sino que toda la comunidad conociera, resolviera dudas y supiera como actuar frente a embarazos adolescentes, discriminación de género, alumnos con enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

Junto con las campañas en los colegios y el trabajo con las entidades de servicios de salud, la Secretaría de Salud implementó tres campañas que contribuirían a la disminución de embarazos adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y generarían una sexualidad responsable en los jóvenes. Estas fueron:

- ➔ Conoce tus derechos sexuales y reproductivos.
- ➔ Vive tu sexualidad plenamente usa condón en todas tus relaciones.
- ➔ Hazte la prueba de VIH.

Con las anteriores campañas hubo participación de bastantes privados, pues eran campañas que se hacían en colegios, bares, moteles de la ciudad. Con quien se hizo una de



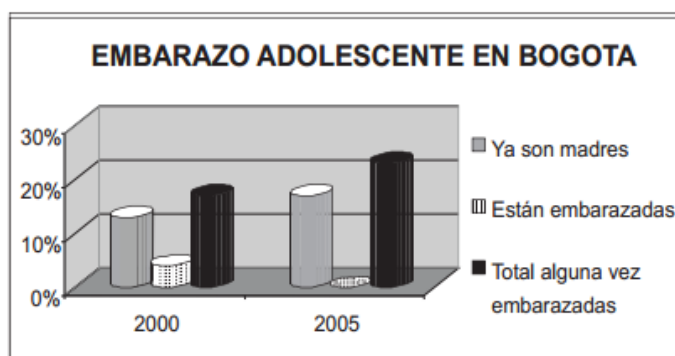
las campañas más productiva y aún en funcionamiento fue con UNFPA, con los que se creó un programa en el Canal Capital llamado “Amor propio”, que es un programa diseñado para jóvenes y adolescentes donde se trata cada semana un tema diferente referente a la sexualidad. Ello colabora a la eliminación de mitos y de barreras, ya que su función era informar dónde pueden acercarse en caso de tener dudas, cómo tener acceso no sólo a la información sino a los métodos de planificación.

### 3.3 Los resultados de la implementación de la política “sexualidad sin indiferencia”, en el corto plazo.

“Sexualidad sin indiferencia” fue una política planeada para cuatro años, pero se extendió a ocho, lo cual lleva a estudiarla casi hasta su finalidad (2012). Es por esto que este capítulo se dedicará al análisis de la política en su primer año, para este caso 2005.

La meta central de la política pública “Sexualidad sin Indiferencia” era disminuir los nacimientos en adolescentes a un 17%, siendo esta para aquel entonces de 19.5 % y en 2005 un 23 %, siendo esta una reacción no esperada por el gobierno distrital y mucho menos por los ciudadanos. Uno de los fenómenos que dan respuesta de esto es que en esos años hubo un mayor número de uniones de adolescentes y mayor número de jóvenes tenían relaciones sexuales por primera vez a menor edad. (Profamilia2 2005, pág 9)

**Gráfica 7. Gráfico comparativo de embarazo adolescente en Bogotá años 2000 y 2005**



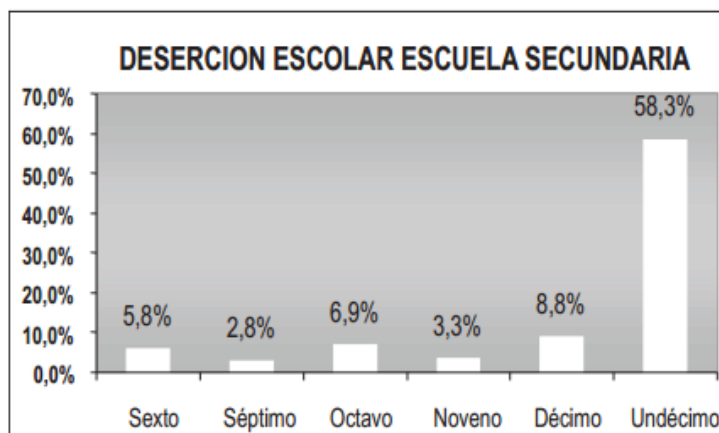
Fuente. (Profamilia2 2005, pág 9)

Según Profamilia y la ENDS, esto sólo señala la falta de información y educación sexual a la que tenían acceso los adolescentes en Bogotá. Esta encuesta también evidenció que eran las adolescentes quienes menos métodos anticonceptivos usaban y por ende se encontraban expuestas a embarazos no deseados. (Profamilia1 2005, pág 163)

En Bogotá, para el 2005, un 78.2% de las mujeres usaban métodos de planificación, un 2% menos que en el 2000. De ese 78.2%, un 52.8% eran adolescentes. (Profamilia1 2005) Estos estudios también arrojaron que muchas de estas adolescentes no lo hacían por motivos de conocimiento, pues a un año de implementada la política, las cátedras de educación sexual aún no habían sido aprobadas para todos los colegios y fue sólo hasta 2008 que se aprobó el proyecto de ley para las cátedras de educación sexual en los colegios de Bogotá. Pero se hará referencia a este proyecto más adelante en la segunda parte de este capítulo.

Es entonces importante identificar cómo se encontraba la situación en términos de educación en el 2005, referente a los adolescentes y la deserción escolar, que sorpresivamente se da más en grado undécimo, donde más de 50% de las personas que ingresan a este grado, no finiquitan su bachillerato, además se ve mayor deserción en los hombres que en las mujeres.

**Gráfica 8. Deserción escolar en escuela secundaria en Bogotá 2005**



Fuente. (Profamilia2 2005, pág 4)

Como se puede observar con las cifras, en el corto plazo la política no estaba siendo efectiva, ya que su variable de efectividad no se estaba dando, ya que los nacimientos en adolescentes aumentaban, la deserción escolar igual, las adolescentes estaba iniciando su vida sexual aún antes de los 15 años y muchas ya vivían en unión libre, y lo más preocupante era que sus parejas eran mayores que ellas 8 años, estas un 60% y un 33% eran hombres mayores de 40 años, lo cual además se podría considerar legalmente como acceso carnal violento. (Florez & Soto 2007, pág. 46)

### **3.4 Los resultados de la implementación de la política “sexualidad sin indiferencia”, en el largo plazo.**

Dados los resultados no eficaces en el 2005, para el 2008 la Secretaría de Salud Distrital firmó el acuerdo con el UNFPA, con quienes se inició la implementación de la educación sexual en los colegios distritales en Bogotá, lo cual significó menor eficiencia, ya que se requirió de una inversión adicional y ese mismo año se creó el acuerdo 248 de 2008, “Por medio del cual se institucionaliza la Cátedra de Educación Sexual en los colegios públicos y privados del Distrito Capital” (Consejo de Bogotá 2008, parr. 1) , as así como se inició este proceso con 15.000 estudiantes de grado sexto a once de los colegios distritales ubicados en las localidades más vulnerables. Partiendo de lo anterior las cifras para el año 2010, fueron disminuyendo, aunque no se logró la meta del 17% de nacimientos adolescentes.

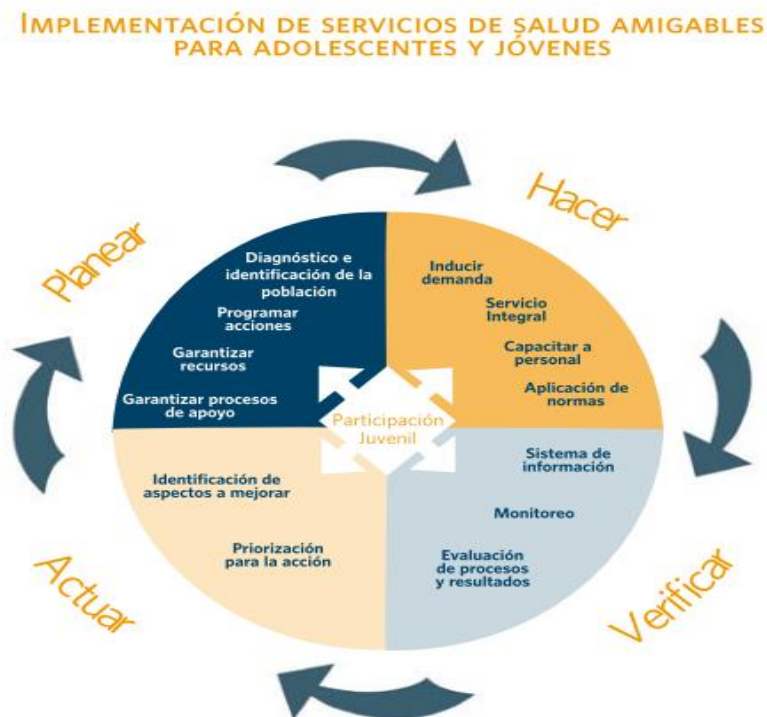
Para el 2010, la tasa de personas que no terminaban la secundaria era de 25%, lo cual es una notoria disminución frente a las cifras del año 2005. Adicional a ello, Bogotá tenía una de las mejores tasas frente a mujeres que terminaban su educación básica y media, con lo cual también colaboró, junto con la tasa de Cali y Santander, a disminuir la tasa de deserción de todo el país para el 2010.

Junto con los acuerdos con UNFPA, se creó a nivel nacional lo que es conocido como Servicios Amigables, que se trataba de atención personalizada para adolescentes, lo cual eliminaría sus mitos frente a la sexualidad y proveería el acompañamiento de estos jóvenes y les daría a conocer que tienen unos derechos sexuales y reproductivos y que además son seres libres de ejercer su sexualidad pero con responsabilidad.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y la Organización Panamericana de la Salud (2008), OPS, definen los servicios amigables como aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones. (pág. 17)

Otro de los elementos positivos en 2010 sobre la política Sexualidad sin Indiferencia, es que el uso de métodos anticonceptivos aumentó en toda la población, llegando a un 80.8%, es decir poco más de dos puntos porcentuales frente a las cifras del 2005, (Profamilia 2010, pág 131) lo cual se puede interpretar como mayor conocimiento de la población frente a los métodos anticonceptivos y mayor responsabilidad frente a su sexualidad. A continuación, se puede observar en la siguiente gráfica, como es el actuar de los servicios amigables, como maneja un ciclo de cuatro fases (actuar, planear, hacer, verificar), donde están los jóvenes siendo asesorados y acompañados en todo momento frente al tema de su sexualidad, pues los encargados de este servicio, están obligados a continuar en el proceso con los adolescentes y jóvenes, midiendo además su actuar y los resultados.

**Gráfica 9. Ciclo de los Servicios Amigables**



Fuente. (UNFPA2 2008, pág 75)

Por último es importante rescatar que el embarazo en adolescentes disminuyó al 20.5% en Bogotá y aunque no era la cifra deseada y esperada de la política si fueron puntos porcentuales importantes frente a las cifras del 2005.

### **3.5 Inventario final**

En este último capítulo se describió la implementación de la política “Sexualidad sin indiferencia”, en especial del componente en nacimiento en adolescentes. Dado que esta es una política transversal, es decir que requiere de intervención de diferentes entidades con diferentes especializaciones y todo va conectado, este capítulo incluye partes de la implementación general de la política.

En los dos primeros apartados del capítulo, se realizó en análisis del modelo retrospectivo, es decir, desde el implementador y desde el grupo de interés para así lograr tener una visión más amplia del caso, de igual modo se identificaron involucrados para facilitar la comprensión del análisis de la política y los actores que interactuaron en la misma.

En los siguientes dos apartados se encargó de hacer medible la implementación de la política pública Sexualidad sin Indiferencia, en el componente de nacimiento en adolescentes, basándose en la eficacia, eficiencia y efectividad, concluyendo que aunque hubo logros, también hubo deficiencias en el proceso e inclusive en la misma formulación de la política, siendo esta una política que excluye al género masculino, dejando recaer todo sobre la adolescente, adicional a ello no se tuvo en cuenta espacios diferentes a la educación y no se logró la meta del 17% de nacimientos en adolescentes.

#### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Partiendo de la teoría de políticas públicas de Raúl Velásquez (2009), Sexualidad sin indiferencia, fue un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares (pág. 156), tales como colegios, familias, medios de comunicación, IPSs, encaminado a solucionar el problema del embarazo adolescente en Bogotá, buscando la disminución de este fenómeno a un 17%.

Esta investigación buscó dar respuesta a *¿cuáles fueron los alcances y limitaciones de a política pública sexualidad sin indiferencia, en el componente de nacimiento en adolescente?*, para lograr dar respuesta a esta pregunta, se hizo un análisis retrospectivo de la implementación de Sexualidad sin indiferencia en el componente de nacimiento en adolescentes, ello con el fin de analizar su alcances y limitaciones, cómo cambió el fin mismo de la política y su intención gracias a sus implementadores y el proceso de la misma, para luego evaluar su eficacia y efectividad.

Es así como dentro de los alcances identificados en este estudio de caso, se identificó, un mayor uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes, más de 15000 estudiantes capacitados en tema de derechos sexuales y reproductivos, la creación de un programa llamado Servicios Amigables, que logró acercarse a los adolescentes, solucionando dudas, haciéndolos conocedores de sus derechos y realizando una efectiva demanda inducida frente a sus servicios.

Por otro lado dentro de las limitaciones identificadas se encuentra, que al asumir en la fase de formulación de la política pública que la mayoría de nacimiento en adolescentes eran gestaciones no deseadas, el proceso de implementación no fue efectivo, ya que más del 40% de estas gestaciones si lo eran, es por ello que tampoco se logró la meta inicial de la política que era reducir a un 17% los nacimientos en adolescentes; Otra limitación identificada en este proceso de política pública, es que la solución proporcionada por la política era la educación en los colegios, es decir no se tuvo en cuenta los adolescentes que no tienen acceso o desertores de colegios y escuelas.

Es por lo anterior que la hipótesis inicial de este proyecto es refutada, dado que en el corto plazo la política pública de salud sexual y reproductiva, sexualidad sin indiferencia, no solo no fue efectiva y eficaz, sino que aumentó a un 22% los nacimientos en adolescentes, solo después del 2008 y al ajustar los implementadores de la política, incluyendo al UNFPA, creación de servicios amigables y capacitando a docentes y cuerpo administrativo de colegios, se logra regresar a la cifra inicial de 20.5% de nacimientos adolescentes en el distrito capital.

Retomando a Velásquez, aunque esta política buscó cambiar una situación considerada como problemática, a pesar de los esfuerzos, sólo logró mantenerla; por otro lado y retomando su crítica frente al *policy cycle*, se considera que si se hubiese realizado una evaluación a la ejecución de la política dentro de su primer año, se hubiesen podido identificar ciertas limitaciones, para haber logrado en el largo plazo una política eficaz y efectiva.

La política pública Sexualidad sin Indiferencia, estuvo en funcionamiento hasta el 2013, donde la alcaldía de Gustavo Petro, generó luego de 10 años una nueva política pública de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, tras exponer los resultados evidenciados, es recomendable para una política de salud sexual y reproductiva tener en cuenta al género masculino, puesto que sexualidad sin indiferencia solo buscó llegar a las adolescentes dado que son ellas quienes quedan en estado de embarazo, este punto es evidente en el momento que la política pública recalca el uso de métodos anticonceptivos para las jóvenes, además todos los estudios giran en torno a ellas y sus parejas, no se encontró evidencia por ejemplo de cuantos adolescentes hombres ya eran padres a los 19 años, cuántos vivían en unión libre, etc. Esta información solo es proporcionada por parte del género femenino, adicional a lo anterior es importante la comprensión del estilo y expectativa de vida de los adolescentes, pues no se tuvo en cuenta ello y se limitaron a asumir que el problema del fenómeno de embarazo adolescente era su no deseo y no que ello hiciera parte de la forma de vida de estos jóvenes, muestra de ello es que aproximadamente un 40 % de los embarazos adolescentes son planeados, pues la mayoría de estas adolescentes ya han conformado un hogar antes de quedar en

embarazo, es por ello que dos años después de la primera concepción, muchas de ellas ya planean su segundo embarazo.

Es necesario entonces, que una política pública de salud sexual y reproductiva, considere que la expectativa de vida de muchas de estas adolescentes radica en dar fin a sus estudios básicos y ser madres, ya que el acceso a la educación superior es una posibilidad limitada, no obstante muchas sufren de maltrato intrafamiliar y crear su propia familia no es más que la salida a esta situación, el sentir un apoyo económico y afectivo, el cambio entre ser la hija y la madre.





## **BIBLIOGRAFÍA**

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2008). *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Bogotá: UNFPA

Flórez, C y Soto, V (2007). *Fecundidad adolescente y pobreza Diagnóstico y lineamientos de política*. Bogotá: DNP

Roth, A. (2009). *Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora.

### **Capítulos de Libro**

Aguilar, L. (1996). El proceso de la implementación de las políticas. En *Introducción sobre implementación de las políticas* (págs. 3-97). México: Miguel Ángel Purrua.

Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia, ¿cuál es el problema?. En S. D. Burak, *Adolescencia y juventud en América Latina* (pág. 425-453). Costa Rica: LUR.

Elmore, R. (1996). Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales. En L. Aguilar. *La implementación de las políticas* (págs. 185-284). México: Miguel Ángel Purrua.

Van D. y Van C. (1996). El proceso de la implementación de las políticas. En L. Aguilar. *La implementación de las políticas* (págs. 97-145). México: Miguel Ángel Purrua.

## **Artículos en publicaciones académicas**

De Sebastian, L (1999). Análisis de involucrados. *Banco Interamericano de Desarrollo*. (14) 2-70. Disponible en: <http://preval.org/documentos/ma0013.pdf>

Del Castillo, S., Roth, A. Et al (2008). La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente. *Rev. latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 6 (1) 217-255. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/viewFile/274/139>

Departamento de pediatría y cirugía infantil de la Universidad de Chile [DPCIUC]. (2008). Embarazo adolescente. *Revista pediátrica electrónica*, (5) 42-51.

Flórez, C. (2005). Fecundidad adolescente: diferenciales sociales y geográficos 2005. *Revista virtual DANE*, (4) Disponible en: [http://www.dane.gov.co/revista\\_ib/html\\_r8/articulo1.html](http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo1.html)

Issler, J. (2001). Embarazo adolescente. *Revista de posgrado de la cátedra de medicina*, (107) 11-23.

Salazar Vargas, C. (s.f.). Análisis de políticas públicas. *Agendas*, 69-77.

Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Desafíos*, (20) 151-187.

## Otras publicaciones

Acto de acuerdo 248 de 2008 de Bogotá, "Por medio del cual se institucionaliza la Cátedra de Educación Sexual en los colegios públicos y privados del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones". Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá . (2009). Conociendo Bogotá y sus localidades, aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.

Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer República de Colombia (2011). Seguimiento a la política social del gobierno e indicadores poblacionales, con enfoque de género. Bogotá: Presidencia de la República.

Centro de Estudios Sobre Desarrollo Económico [CEDE]. (2003). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. *Documento CEDE.2004-31*

Contraloría De Bogotá. (2005). Plan Anual de Estudios 2005. Bogotá: Contraloría Distrital.

Documento Conpes social 91. (2005). Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio -2015.

Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo. (1996). Compromisos legislativos Respecto a la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de El Cairo y Beijín. Conferencias del Cairo y Beijin. UNFPA.

Ordoñez, M. (2000). *Estudio a profundidad sobre la salud reproductiva de las adolescentes según ENDS 2000*. Bogotá: Profamilia.

Organización Panamericana de la Salud (2010) Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. America Latina: OMS.

Profamilia (2000). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.

Profamilia (2005a). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

Profamilia (2005b). Encuesta Regional de demografía y salud, Bogotá 2005.

Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

Secretaria de salud Distrital. (2004). *Política para la sexualidad, “sexualidad sin indiferencia”*. Bogotá.

Secretaría Distrital de Integración Social. (2007). *Lineamientos pedagógicos en educación para la sexualidad y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Hacia una sexualidad juvenil gratificante, placentera y responsable. Bogotá: Secretaría Distrital de Integración Social.

**GRUPOS POBLACIONALES SEGUN LOCALIDAD, AÑO 2009**

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D. C.  
Secretaría Distrital de Planeación  
SUBSECRETARÍA DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA  
DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN CARTOGRAFIA Y ESTADÍSTICA  
BOGOTÁ

Localidades y Población:

- OTTA
- SUBA: 1'018.620
- ENGATIVA: 629.096
- USAQUEEN: 464.656
- PONTICON: 330.156
- BAÑOS CAÑIDOS: 231.435
- TEUSAQUILLO: 143.891
- CHAPINERO: 131.027
- LA CANDELARIA: 24.095
- LOS MARTIRES: 107.283
- ANTONIO NARIÑO: 107.911
- TUNJUELITO: 202.123
- RAFAEL URIBE URIBE: 377.704
- USME: 349.348
- CIUDAD BOLIVAR: 616.455
- SANTA FE: 109.882
- SAN CRISTOBAL: 410.259

**Convenciones**

- Perímetro urbano
- Límite de localidades

**Proporción por Grupos de Edad:**

- Proporción 0 a 5 años
- Proporción 6 a 12 años
- Proporción 13 a 17 años
- Proporción 18 a 24 años
- Proporción 25 a 59 años
- Proporción 60 y más años

**POBLACIÓN POR LOCALIDADES, AÑO 2009**

- 6.179 - 25.000
- 25.001 - 100.000
- 100.001 - 400.000
- 400.001 - 800.000
- 800.001 - 1'018.629

**Sumapaz**

Sumapaz: 6.179

**BOGOTÁ**

7'259.597

Escala: 1: 1'600.000

Escala: 1: 900.000

Escala: 1: 170.000

Fuente: DANE, SDP. Proyecciones de población 2001 - 2010, Bogotá D. C.  
Cálculos: Dirección de Información, Cartografía y Estadística, de la Subsecretaría de Información y Estadística.

Fuente: (Alcaldía 2009, pág. 45)

## Anexo 2. Matriz de Análisis de involucrados

| Beneficiados de la política | En qué forma                                                                                                                                                                  | Contradictores            | En qué forma                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adolescentes                | Obteniendo información y apoyo por parte de sus familias, llenando vacíos frente a la sexualidad, conocimiento de la misma y generando círculo de confianza con su familia    | Familia                   | Predominó el silencio, dejándose guiar de criterios morales y no orientando a sus hijos frente al tema de la sexualidad.                                                                                 |
| Adolescentes                | Obteniendo apoyo e información por parte de sus docentes, que promovieran los Derechos Sexuales y reproductivos luego de ser capacitados por expertos en el tema              | Profesores                | Aunque se logró capacitar 15000 adolescentes en el Distrito Capital, no había la suficiente confianza con los profesores y no todos se sentían preparados para responder a las dudas de los adolescentes |
| Adolescentes                | Recibiendo apoyo y conocimiento por parte de profesionales de la salud que fueran su guía en el proceso de descubrimiento de sus derechos sexuales y reproductivos            | Profesionales de la Salud | Tenían prejuicios propios frente al tema, elemento que no dio lugar a consultas sobre deseos y necesidades de los jóvenes                                                                                |
| Adolescentes                | Consultando mediante computadores o llamadas acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, haciéndolo de una forma más confiada dónde no fueran identificados ni señalados | Medios                    | No da punto a discusión, para solución de dudas, y hay variada información que suele contradecirse                                                                                                       |

Fuente: Elaborado por el autor con base en la información de (De Sebastian 1999)

### Anexo 3. Matriz de teoría de políticas públicas

| <b>Identificación de los elementos del concepto de Política Pública de Raúl Velásquez en la política Distrital de salud sexual y reproductiva, "Sexualidad sin indiferencia" en el componente de nacimiento en adolescente.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos</p>                                                                                                                                          | <p>La Política Distrital “Sexualidad Sin Indiferencia” articula las necesidades sociales con una perspectiva amplia de la sexualidad, en donde lo individual, lo grupal y lo colectivo tienen expresión y especial atención.</p> <p>Siendo una propuesta, convoca a todas las fuerzas activas a participar en su desarrollo, pues no hay nada más humano que la sexualidad en todas sus expresiones, con todas sus posibilidades de diversidad, particularidad y pluralidad, en oposición a un medio globalizante que intenta unificar, generalizar y homogenizar.</p> <p>Un estudio realizado por el Ministerio de Educación, logró establecer limitaciones en la calidad del proceso, dificultades para abordar el tema por parte de docentes y las familias de los alumnos y alumnas, así como debilidades administrativas para lograr una educación emancipadora, generadora de autonomía, respetuosa de las diversidades sexuales y con enfoque de géneros, situaciones que también señalan los mismos niños, niñas, adolescentes y padres y madres de familia.</p> |
| <p>Proceso adelantado por autoridades públicas con la eventual participación de particulares</p>                                                                                                                                | <p>La educación se transforma en una responsabilidad del Estado y en un Derecho de l@s ciudadan@s, en el que participan las comunidades educativas, las iglesias, las familias y el sector social, garantizándose que la educación ofrecida sea emancipadora, generadora de autonomía, respetuosa de las diversidades sexuales, con enfoque de géneros y que favorezca las funciones procreativa, erótica y comunicacional de la sexualidad.</p> <p>Con el fin de dar desarrollo y seguimiento al eje Educación para la sexualidad y la vida, se ha constituido un convenio inter administrativo, en el que tienen participación las organizaciones sociales y comunitarias, así como representantes de la Secretaría de Educación Distrital, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, el Departamento Administrativo de Acción Comunal, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, el Instituto Distrital de Cultura y Turismo, y la Secretaría Distrital de Salud.</p>                                                                                 |



|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Proceso encaminado a prevenir o solucionar una situación definida como problemática</p>                                 | <p>Los nacimientos en la población de 10 a 19 años superan los 20.000 anuales. Esta cifra tiene un gran peso en la tasa de fecundidad de Bogotá, pero su importancia radica en que su presencia está asociada a la desintegración que conlleva falta de comunicación, maltrato intrafamiliar, vacíos afectivos, sensación de soledad, pérdidas de valores y limitadas oportunidades educativas y laborales. Eventos como la violencia, el abuso sexual, el consumo de sustancias psicoactivas también comparten estos factores de riesgo. La meta en el eje, Reducir el número de nacimientos en la población de 15 a 19 años en un 17 %.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener</p> | <p>A pesar de existir la Ley Nacional de Educación, la cual contempla como obligatoria la Educación Sexual, en el Distrito Capital el desarrollo de la educación sexual ha tenido importantes limitaciones, que son reflejo de lo que sucede en el país. Bogotá es un territorio que encierra lo geográfico y lo físico, lo simbólico y lo imaginario, lo significado. La delimitación de un territorio propio se convierte en factor fundamental en la construcción de identidad y en la afirmación de un sentimiento de diferencia. Los territorios de un grupo pueden estar claramente demarcados (institución sanitaria o escolar) o moverse con los sujetos (parque), pueden ser asignados (cárcel) o apropiados (parque, calle), pueden ser permanentes (usualmente la familia, el lugar de trabajo) o temporales (sitios de encuentro y ligue sexual).</p> <p>Bogotá presenta grandes diversidades en su territorio y la respuesta a las necesidades en sexualidad, exige el conocimiento de sus dinámicas, relaciones y redes internas, a través del abordaje transdisciplinario, transectorial y la apropiación institucional, promoviendo la participación y el empoderamiento individual y social, para generar cambios socioculturales cada vez más amplios.</p> <p>También se constituye en territorio el cuerpo, espacio y vehículo por excelencia de la realización humana moderna, oír la voz del cuerpo, conocerlo, sentirlo y actuar haciéndole justicia a sus necesidades se logra despertando la sensibilidad amodorrada por un exceso de estímulos mal orientados.</p> |

Fuente: Elaborado por el autor basado en la información de (Velásquez 2009) (SSD 2004)

#### Anexo 4. Matriz de comparación de teorías

| Raúl Velásquez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Policy cycle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Análisis de Involucrados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ventajas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Desventajas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>1. Del texto de Velásquez: "Al entender la política como proceso, comprendemos con más claridad que sus elementos como las situaciones, los objetivos y los instrumentos, cambien con el tiempo según las necesidades emergentes.<sup>24</sup> También podemos entender por qué se implementan evaluaciones, se agendan reformulaciones y se evalúan formulaciones.<sup>25</sup>"</p> | <p>1. Desde Roth, Esta clave de lectura tiene la ventaja (y la desventaja) de presentar la política pública como una sucesión de secuencias que corresponden a la representación clásica y racional de la política con sus distintos escenarios y actores. Además, el modelo es lo suficientemente general como para permitir su utilización para cualquier política, y facilita la delimitación del objeto de análisis. Debido a estas cualidades es frecuente que los mismos actores de las políticas públicas utilicen policy cycle como un modelo normativo para la acción.</p> <p>2. Desde Roth El modelo del policy cycle de Jones dispone de importantes ventajas para el análisis, como su focalización sobre los procesos más que sobre una u otra institución; como el hecho de desagregar la política pública en segmentos para facilitar el análisis y como su orientación hacia el estadio de los efectos concretos, pero estas mismas ventajas tienden a sesgar el análisis</p> <p>3. Roth : A pesar de las limitaciones y críticas que acabamos de presentar, consideramos que el policy cycle sigue siendo una excelente puerta de entrada pedagógica para presentar el análisis de las políticas públicas</p> | <p>1. Del texto de Velásquez: "No hablamos de un ciclo de la política pública compuesto por unos momentos de agendación, formulación, implementación y evaluación que se suceden y se agotan en el tiempo, sino de la formación de la política a través de la interacción permanente de todas estas actividades."</p> <p>2. Desde Sabatier, Por ejemplo, Sabatier (1988:129ss) critica el modelo por su incapacidad de dar explicaciones de carácter lógico por medio de la formulación y comprobación de hipótesis. No permite responder a preguntas de upo ¿cuáles son las condiciones que transforman el proceso de una fase a otra? Otra limitación es la tendencia a situar la evaluación sólo al final del proceso. Según Sabatier los actores u observadores realizan, formal o informalmente, operaciones de evaluaciones a todo lo largo del proceso.</p> <p>3. Desde Roth: El modelo también tiende a privilegiar un enfoque «de arriba hacia abajo» (top-down&gt;ri) qae favorece el punto de vista del legislador.</p> <p>4. Desde Roth: (¿dónde empieza y dónde termina una fase?)y el carácter reiterativo de los ciclos.</p> <p>5. hacer una política pública, no es resolver un problema, sino construir una nueva representación de los problemas que instaura condiciones sociopolíticas para el tratamiento de éstos por la sociedad y, a la vez, que estructura la acción del Estado (Mulier, Surel, 1998:31).</p> | <p>1. Luis de Sebastian: Puesto que los involucrados pueden ser tanto los beneficiados como los perjudicados por una intervención en la sociedad, antes de llevarla a cabo será necesario determinar quiénes son los unos y los otros. Esto se debe hacer "ex ante", es decir en el estadio de la planificación, cuando se fijan los objetivos (y por lo tanto los beneficiados) y se eligen las acciones a ejecutar para obtener esos objetivos, que implican cambios en el "status quo". Porque si el número y calidad de perjudicados, determinado "ex ante", resultara muy grande se haría necesaria la revisión del proyecto o programa. Este análisis hay que repetirlo durante</p> |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                       |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>6. Roth : no se pueden ver las políticas públicas únicamente como un conjunto de estrategias organizacionales, sino que es necesario ir más allá de esto para mostrar que las políticas públicas son un elemento de participación política que interactúa con las formas tradicionales de participación política como el voto o la militancia, y, además, puede complementarlas.</p> | <p>la ejecución del proyecto o programa, porque cuando se comienza a hacer cambios, pueden aparecer intereses tocados que antes no se destacaban.</p> |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fuente: Elaborado por el autor, con base en la información de (Velásquez 2009), (De Sebastian 1999).