



**Modelos de desarrollo y medios de comunicación en las políticas de
prevención del embarazo en la adolescencia en Colombia, Chile y Cuba**

Diana María García Torres

**Trabajo monográfico para optar al título de Especialista en Salud
Internacional**

**Asesor
Diana Patricia Molina Berrio
Psicóloga, MsC en Salud Pública
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Especialización en Salud Internacional
Medellín
2016**

Dedicatoria

A todas aquellas personas que con sus voces de aliento fueron el alimento para creer que el cambio es posible, que el construir un mundo mejor no es un sueño sino una realidad.

Tabla de contenido

Glosario de términos	7
Listado de abreviaturas	9
Resumen.....	10
Abstract	11
1 Introducción.....	12
2 Planteamiento del problema.....	13
3 Objetivos	16
3.1 Objetivo General.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 Marco teórico.....	17
4.1 Marco legal	17
4.2 Marco conceptual	20
5 Metodología.....	26
5.1 Tipo de estudio	26
5.2 Fuentes de información	26
5.3 Técnicas de recolección	27
5.4 Aspectos éticos.....	28
6 Resultados y discusión.....	29
6.1 Descripción y análisis de los modelos de desarrollo y las políticas públicas frente a la prevención del embarazo en la adolescencia en la región de las américas.....	29
6.1.1 Políticas públicas diseñadas para prevenir el embarazo en la adolescencia desde una perspectiva subregional	29
6.1.2 Modelos de desarrollo identificados en la región de las américas	34
6.1.2.1 Neoliberalismo en la región como perpetuador de inequidades sociales. 35	
6.1.2.2 Neoliberalismo en Sur América: los casos de Chile y Colombia..	36
6.1.2.3 El referente regional del socialismo y la revolución cubana.	40
6.2 Políticas públicas para la prevención del embarazo en la adolescencia desde su descripción.....	41
6.3 Medios de comunicación empleados para la difusión de políticas públicas	44
6.4 Relación entre el modelo de desarrollo y las políticas públicas	46
6.5 Papel de los medios de comunicación en la ejecución y divulgación de las políticas públicas	46
6.6 Logros y dificultades de las políticas públicas	48
7 Conclusiones.....	56
8 Recomendaciones.....	57

9	Agradecimientos.....	58
10	Bibliografía	59

Lista de figuras

Figura 1: Políticas públicas en la región Andina.	30
Figura 2. Principales componentes identificados en los documentos analizados sobre el modelo de desarrollo en Colombia frente a las políticas públicas de prevención del embarazo adolescente	37
Figura 3. Logros, dificultades y necesidades de las políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo adolescente en Cuba	49
Figura 4. Logros, dificultades y necesidades de las políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo adolescente en Chile	50
Figura 5. Logros, dificultades y necesidades de las políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo adolescente en Colombia	51

Lista de anexos

Anexo 1. Tabla de resultados obtenidos tras búsqueda en bases de datos de acuerdo a cada país	70
Anexo 2. Tabla de publicaciones seleccionadas para análisis	72
Anexo 3. Ficha de lectura para el análisis de publicaciones y artículos	75
Anexo 4. Ficha de lectura para el análisis de políticas públicas	77

Glosario de términos

Adolescencia: De acuerdo a la OMS, la adolescencia “es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)” Igualmente, puede ser citada como el progreso desde el punto de vista físico para alcanzar la madurez sexual y los procesos psicológicos y sociales con el fin de asumir el rol de adulto. Es sin duda una época de grandes cambios, enmarcada en un contexto de derechos y deberes protegidos desde el ámbito nacional e internacional (1).

Derechos humanos: Son garantías inherentes, inalienables y esenciales a todos los seres humanos, sin lugar a distinción o discriminación de ningún tipo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 es el documento que recopila este ideal de esfuerzo de todos los pueblos y naciones de compromiso a que todos los seres humanos sean tratados de manera igualitaria (2).

Derechos sexuales y reproductivos: La salud sexual y de la reproducción constituye un derecho de hombres y mujeres. Se fundamenta en los derechos básicos reconocidos internacionalmente, los cuales abarcan aspectos tales como la salud sexual/reproductiva como parte integral de todo el ciclo vital, decisiones respecto a la procreación (elección de pareja, formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos, derecho de tener acceso a la información), equidad de género, derecho a la vida privada, integridad sin discriminación ni violencia (3).

Fecundidad: Se entiende por fecundidad la frecuencia de los nacimientos que ocurren en el seno de conjuntos o subconjuntos humanos en edad de procrear. Cuando se consideran los resultados y no la aptitud para procrear se usan las palabras fecundidad e infecundidad, respectivamente, según haya existido o no procreación (4)

Métodos anticonceptivos: Son elementos, productos o procedimientos, que pueden ser usados por hombres y por mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo. (5)

Planificación familiar: Es la decisión libre, voluntaria, responsable e informada de las personas y parejas de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos al escoger el número y espaciamiento de los hijos, así como la decisión de elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes. (6)

Salud sexual y reproductiva: Este concepto fue introducido por primera vez tras la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas realizada en El Cairo en 1994. El documento final de esta reunión define la salud

reproductiva así: “Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. De la mano se acuña el término salud sexual, cuyo objetivo es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (7).

Sexualidad humana: Según la OMS, la sexualidad humana se define de la siguiente manera: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”. Está a su vez influenciada por factores sociales, biológicos, psicológicos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (8)

Lista de abreviaturas

BM: Banco Mundial

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

DSR: Derechos sexuales y reproductivos

FMI: Fondo Monetario Internacional

IRS: Inicio de relaciones sexuales

MCSI: Modelo Conceptual de Salud Internacional

NNA: Niños, niñas y adolescentes

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PLANEA: Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente

SSR: Salud sexual y reproductiva

UN: Naciones Unidas

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

USAID: U.S. Agency for International Development

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Resumen

Introducción: El embarazo en la adolescencia mantiene una tasa elevada en Colombia y América Latina a pesar de las medidas actualmente implementadas, situación que requiere el fortalecimiento de políticas públicas nacionales y estrategias regionales

Objetivo general: Analizar la relación de los Modelos de Desarrollo y los Medios de Comunicación en las políticas de prevención del embarazo adolescente en Colombia, Chile y Cuba

Métodos: Se realizó una revisión documental comparando las políticas públicas en Colombia, Chile y Cuba y las publicaciones disponibles en bases de datos indexadas que relacionaran dichas políticas con los modelos de desarrollo actuales y el papel de los medios de comunicación ante los mismos.

Resultados: Colombia ha desarrollado políticas públicas específicas para la atención en sexualidad dirigida a la prevención del embarazo adolescente. Con Chile comparte similitudes respecto a su modelo de desarrollo, sin embargo éste requiere fortalecer las estrategias de intervención desde la equidad de género y el manejo de información desde los medios de comunicación. De igual forma, en Cuba existen limitaciones desde la educación sexual y los medios de comunicación aunque se tiene una visión social más incluyente.

Conclusión: A pesar de los avances en áreas como derechos sexuales, cobertura sanitaria y tecnología es necesario fortalecer el trabajo intersectorial articulado y los enfoques de género desde las políticas públicas en salud y educación para lograr resultados sociales favorables.

Palabras clave: Políticas públicas, derechos sexuales y reproductivos, embarazo adolescente, neoliberalismo y juventud, medios de comunicación.

Abstract

Introduction: Teenage pregnancy rate remains high in Colombia and Latin America despite the currently implemented measures, a situation that requires strengthening national policies and regional strategies.

General objective: To analyze the relationship between development models and the Media in the policies of prevention of teenage pregnancy in Colombia, Chile and Cuba.

Methodology: A literature review was conducted comparing public policies in Colombia, Chile and Cuba and publications available in indexed database that related these policies with current models of development and the role of the media before them.

Results: Colombia has developed specific public policies regarding attention on sexuality, aimed at preventing teen pregnancy. Chile shares similarities regarding its development model, however it requires strengthening intervention strategies for gender equality and management of information from the media. Similarly, in Cuba there are limitations from sexual education and the media, even though it has a more inclusive social vision.

Conclusion: Despite advances in areas such as sexual rights, health coverage and technology, it is necessary to strengthen the articulated intersectoral work and gender approaches from public policies on health and education to achieve favorable social outcomes.

Key words: public policies, reproductive and sexual rights, teenage pregnancy, youth and neoliberalism, media.

1 Introducción

El embarazo y maternidad adolescente se asocian a consecuencias negativas para el binomio madre-hijo a corto y mediano plazo en cuanto a estado de salud, formación de uniones estables y exposición a violencia intrafamiliar, acumulación de capital y oportunidades laborales, los cuales llevan a perpetuar condiciones de desigualdad en las familias principalmente en entornos vulnerables. Así mismo, los embarazos no deseados reflejan la falta de garantías en la promoción de los derechos de salud sexual y reproductiva desde la educación y el acceso oportuno, universal y de calidad a servicios de salud.

Si bien es cierto que generaciones atrás el embarazo precoz no representaba una problemática a nivel mundial, los vertiginosos cambios a nivel social, político y económico hacen que cobren vigencia temas como el control demográfico, los derechos humanos y la equidad de género. Los modelos de desarrollo se expresan por medio del sistema de salud implementado, el acceso a servicios básicos, condiciones laborales adecuadas, el cuidado y protección del medio ambiente, entre otras maneras. Pero estos procesos internos de los Estados no son ajenos a los movimientos de globalización económica, generando finalmente impacto en la salud individual y del colectivo. Así mismo, los medios de comunicación constituyen herramientas para el acercamiento hacia las comunidades mediante la transmisión de información de forma masiva.

Este trabajo cualitativo tiene como propósito caracterizar desde los modelos de desarrollo y sus categorías en asocio a los medios de comunicación cómo en Colombia, Chile y Cuba se promueven o limita la implementación de políticas públicas para la prevención del embarazo en adolescentes.

2 Planteamiento del problema

Desde los años 70 la fecundidad en América Latina y el Caribe ha disminuido como resultado de cambios socioeconómicos, culturales, de género y tecnológicos los cuales han permitido la participación de la mujer en el ejercicio de nuevos roles. Este proceso se ha acompañado de acciones a favor de la planificación familiar y por ende, la reducción del número de hijos. La fecundidad adolescente y global está determinada por factores individuales, interpersonales y contextuales ejercidos a través de los determinantes intermedios de la salud. Sin embargo, la fecundidad de las mujeres de esta región muestra una tendencia ambivalente, pues a pesar de tener niveles inferiores a la media mundial, para el caso de las adolescentes mantiene cifras significativamente altas (9).

Colombia ha sido el país con el aumento de prevalencia más rápido del embarazo en adolescentes en el periodo 1990 al 2005, siendo comparable con países centroamericanos clásicamente caracterizados por tener altas cifras de embarazo en la adolescencia. Para el intervalo 1990 al 2005 hubo cambio de las cifras de 12,8% a 20,5% respectivamente, con tendencia a disminuir para los últimos 5 años. De acuerdo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se reporta un índice de 19.5% para el 2010, aún muy superior a la meta trazada de menos del 15% para el 2015 (10). Contrario a esto, el incremento asociado a las últimas décadas se encuentra de la mano con mayor nivel educativo y asistencia escolar de la población, mayor cobertura en salud, más métodos de planificación familiar y mejoramiento en los indicadores sociales (11-12). La legislación colombiana cuenta con normas relacionadas con la protección del desarrollo de los derechos sociales y reproductivos, además de lineamientos específicos para la prevención del embarazo adolescente dentro del marco de la Constitución Política Nacional los cuales abarcan desde la Ley 100 de 1993 hasta estrategias de Cooperación Internacional como el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente PLANEA (13).

El embarazo y la maternidad en la adolescencia traen consigo consecuencias adversas tanto para la madre como para el hijo en cuanto a estado de salud, conformación de uniones parentales estables y oportunidades en el mercado laboral las cuales llegan a perpetuar condiciones de pobreza y desigualdad al limitar el acceso a mejores trabajos (14). El aumento ya mencionado de la fecundidad adolescente en Colombia no ha sido homogéneo al realizar comparaciones entre los grupos con más bajos ingresos y los de más altos ingresos. La condición socioeconómica se convierte entonces en un predictor de maternidad adolescente asociado a las perspectivas de vida influenciadas por el contexto y oportunidades de vida académica, además de la influencia del grupo social y familiar. En cuanto a educación sexual, se pueden identificar programas con enfoque de abstinencia y programas de educación sexual hacia la contracepción, cuyos resultados deberían abordarse desde el contexto y la

adecuada ejecución de los mismos, teniendo en cuenta que para el caso de Colombia existe obligatoriedad de impartición de educación sexual en escuelas y colegios y que en la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud incluyo por primera vez un módulo detallado sobre los principales hábitos de educación recibidos por los adolescentes .

Se entiende por modelos de desarrollo la forma en la cual una sociedad organiza sus recursos materiales e instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros, articulado en su contexto histórico, cultura, producción económica, tradición jurídica política y sus posibilidades de adelanto científico y tecnológico (15). Para abordar la salud en este aspecto es necesario comprenderlo desde la política social, junto a la garantía del derecho a la salud y el acceso a bienes y servicios que son responsabilidad del Estado. Los modelos de desarrollo en Colombia no han logrado ser del todo incluyentes, creando gradientes y restricciones al ejercicio de este derecho desde la cobertura, el acceso a los servicios de salud, gasto público en salud, rol del Estado y la sociedad civil (16). Generaciones atrás el embarazo precoz no representaba inconvenientes desde el modelo de desarrollo de la época, además no se tenía la concepción actual de planificación familiar, demografía y derechos sexuales y reproductivos. Hoy en día se han fijado los ojos en este fenómeno debido al posicionamiento de una gestante adolescente con menores oportunidades académicas, laborales, de desarrollo personal, limitaciones en mantener su salud física y mental, todo esto dentro del ciclo de pobreza debido a las circunstancias ya mencionadas.

Los cambios económicos desarrollados a través del siglo XX a nivel global, y particularmente en América Latina, permitieron que se destacaran diferentes modelos de desarrollo. A pesar de compartir similitudes históricas y geográficas, es importante reconocer estas discrepancias en la región y comprender sus bondades y dificultades en cuanto a la elaboración, difusión y resultados de políticas públicas para la prevención del embarazo en la adolescencia. Contrastando a Cuba cuyo modelo tiene un enfoque político socialista y cuyos índices han descendido en un 35% para el periodo 1990-2008 teniendo una tasa específica de fecundidad adolescente de 49.2 por 1000 mujeres para ese último año (17), con Chile el cual implementa un modelo Neoliberal con mayores similitudes al colombiano, los datos arrojan que para el 2005 el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes para el país es del 15.6% con tendencia al alza en los años siguientes (18). De acuerdo a lo anterior, es necesario identificar que fortalezas al igual que debilidades existentes entrelazadas con los diferentes modelos de desarrollo de cada país respecto al proceso de implementación de políticas públicas para lograr estos objetivos.

Así mismo, los medios de comunicación son los instrumentos mediante los cuales se efectúa el proceso de comunicación, siendo una fuerza promotora de desarrollo y juega un papel importante según el modelo de desarrollo de cada Estado. A

partir de la segunda mitad del siglo XX se interpretó su poder desde su importancia para influir en la sociedad y ser así instrumento de modernización. Múltiples escenarios son blancos de su objetivo, tales como la expansión de mercados mediante publicidad, en campañas políticas como instrumento de persuasión de masas hasta como medio de participación social y educación (19).

De acuerdo a lo anterior, los medios de comunicación constituyen una importante fuente de socialización y su amplio consumo en la población general, sobre todo en los adolescentes, hace necesario comprender su importancia histórica hasta la actualidad. Las tecnologías de la comunicación no solo están influenciando la forma de comunicarnos e informarnos sino también la intensidad de los mismos, ampliando los escenarios de interacción y moldeando la cultura y la ciudadanía. Sin embargo, el acceso y los beneficios derivados de su uso no son accesibles en condiciones de igualdad para toda la población, generando así exclusión de algunos sectores de la sociedad como aquellos con bajo nivel socioeconómico, educativo, de geografía remota, determinando así una “brecha digital” (20). Las políticas públicas son una herramienta esencial en la gestión pública, entendiéndose como un instrumento mediante el cual el Estado a través de diversos actores construye, desarrolla e implementa medidas que subsanan una necesidad en la sociedad (21). Los medios de comunicación serían entonces uno de los vehículos empleados para generar impacto y conocimiento en la vida social de dichos programas sociales existentes.

A nivel estatal se han creado diversas estrategias para abordar uno de los problemas de mayor impacto social para los adolescentes tanto a nivel nacional como global: la prevención del embarazo precoz. Figuras tales como los diferentes modelos de desarrollo socioeconómico en la región de las Américas y los medios de comunicación inciden desde el origen hasta la implementación de estas políticas sociales; por lo tanto es necesario reconocer las rutas existentes que promueven y/o limitan la ejecución exitosa a partir de estos ejes.

3 Objetivos

3.1 Objetivo General

Analizar la relación de los Modelos de Desarrollo y los Medios de Comunicación en las políticas de prevención del embarazo adolescente en Colombia, Chile y Cuba

3.2 Objetivos específicos

- Identificar los modelos de desarrollo, las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes y los medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de estas últimas en Colombia, Chile y Cuba.
- Reconocer la relación de los modelos de desarrollo en la elaboración y ejecución de políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes.
- Reconocer el papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de políticas públicas frente al embarazo en adolescentes.
- Comparar el desarrollo e implementación de las políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes de Colombia, Chile y Cuba, en virtud de los logros y dificultades identificados en relación a los modelos de desarrollo y los medios de comunicación.

4 Marco teórico

4.1 Marco legal

Existen normativas y consensos desde el ámbito nacional, hasta el regional e internacional surgidos como respuesta a la necesidad de proteger los derechos de las mujeres y los adolescentes. El primer gran referente a nivel mundial es la Declaración Universal de los derechos Humanos, la cual es el documento que agrupa en sus artículos los derechos considerados básicos en el orden civil, político, social, económico y cultural (22). Posteriormente, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) planteó que la cobertura y la calidad de los servicios de salud para mejorar los niveles de salud reproductiva debían complementarse con procesos educativos en los que las personas pudieran apropiarse de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que aseguraran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Este programa es importante pues marca una nueva etapa de compromiso y voluntad para integrar efectivamente los temas de población en las propuestas de desarrollo socioeconómico y lograr una mejor calidad de vida para todos los individuos, pues se concentra en responder a las necesidades de los individuos en el marco de los derechos humanos más que en la obtención de metas demográficas (8).

Seguida a esta gran conferencia, se reseña la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) la cual establece una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en 12 esferas, entre ellas salud, educación, derechos humanos, medios de difusión, buscando garantizar la igualdad de las mujeres y los hombres tanto en las leyes como en la práctica (23). Las conferencias previamente mencionadas se ven respaldadas en años subsiguientes por consensos como la Resolución sobre Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes (1996), relacionado con los progresos y dificultades que tiene los jóvenes para lograr su bienestar; concretamente hace mención a la promoción de la salud incluyendo sexual y reproductiva respecto a educación, toma de decisiones, creación y acceso a estos servicios (24).

En cuanto al marco legal colombiano, el Decreto 2737 de 1989 o Código del menor busca consagrar los derechos fundamentales del menor, los principios rectores de las normas de protección y los procedimientos para garantizarlos (25). La constitución política nacional vigente a partir del año 1991 busca a través de sus diferentes artículos la protección de los derechos a la salud y educación (capítulos VI y VII), la importancia de los medios masivos de comunicación como bienes públicos y la relevancia de la recepción de información veraz y responsable por parte de los mismos (26). Respecto a los derechos de la familia desde la

protección integral del niño, la participación de la juventud en la promoción del país y planes de salud reproductiva y materna- infantil igualmente se encuentran amparados en esta carta magna. La Resolución 412 de 2000 es el documento que adopta las normas técnicas de obligatorio cumplimiento sobre las guías de atención y manejo de enfermedades de interés en salud pública (27).

Para protección específica, de acuerdo a las políticas de salud sexual y reproductiva busca conformar actividades, procedimientos e intervenciones a realizar por las instituciones responsables de la atención en planificación familiar para brindar educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada, así como contribuir a la reducción de gestaciones no deseadas. En relación con el eje educativo, la Resolución 03353 de 1993 a través del Ministerio de Educación Nacional le otorga carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas (28), reafirmado posteriormente por Ley 115 de Febero 8 de 1994 o Ley General de Educación la cual señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad (29). El artículo 14 de la misma ratifica la obligatoriedad de la educación sexual, "impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad". Seguidamente, el Decreto Reglamentario 1860, de Agosto 3 de 1994, establece en el artículo 36 que "la enseñanza prevista en el artículo 14, se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos se definirán en el respectivo plan de estudios" (30).

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2002-2006 tiene como base jurídica las convenciones nacionales e internacionales relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y desarrollo, cuyo gran objetivo busca mejorar la salud sexual y reproductiva promoviendo el ejercicio de los derechos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas (31). Dentro de sus líneas de acción comprende programas para salud sexual y reproductiva de los adolescentes buscando disminución de la fecundidad y también incluye una línea sobre planificación familiar mediante el uso correcto de métodos anticonceptivos. Para la protección específica la niñez, juventud y adolescencia se han establecido la Ley 375 de 1997 o Ley de la Juventud la cual instaura el marco institucional para planes y programas por parte del Estado y la Sociedad Civil para la juventud, entendiéndose por joven para esta ley toda persona entre los 14 y 26 años (32). Relaciona los derechos y deberes de la juventud, ejecución de políticas desde estancias estatales, promoción social como el ejercicio de la ciudadanía, programas de orientación sociolaboral, resocialización a vinculados en fenómenos de adicción y/o ilegalidad, acceso a bienes, servicios y salud integral, además de apoyo en la creación y participación en los medios de comunicación. Igualmente, la Ley Estatutaria de Ciudadanía Juvenil vela por establecer las medidas de

prevención, protección, promoción y garantía de los derechos de los jóvenes con el objetivo de garantizar el pleno ejercicio de la ciudadanía que permitan a los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país (33).

Con relación a planes más recientes, el Documento CONPES 147 de 2012 sienta los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años, con vigencia del 2012 al 2015 (34). Busca crear impacto a través de 4 acciones las cuales son: Fortalecimiento Intersectorial, Desarrollo Humano y Proyecto de Vida, Servicios en Salud Sexual y Reproductiva, Monitoreo y Gestión del Conocimiento.

En Chile, en 1952 sucedió el hecho más importante para la salud reproductiva al crearse el Servicio Nacional de Salud (SNS) dado que los principales problemas de salud correspondían al área materno- infantil. Siguiendo esta línea, para 1964 se formuló la primera Política de Planificación Familiar, para a los 2 años siguientes tener la Política de Población y de salud Pública la cual ha regido desde entonces las actividades de regulación de la fertilidad en el país, cuyas metas son disminuir la mortalidad materna, infantil y promover el bienestar de la familia (35). Para 1968, la Asociación Chilena para Protección de la Familia (APROFA) estableció un convenio con el SNS con el objetivo de regularizar y establecer las bases legales de un programa cooperativo de regulación de la natalidad actuando como intermediario en la donación de insumos anticonceptivos provenientes de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID); esto se mantuvo vigente hasta 1995, fecha a partir de la cual la compra de anticonceptivos se realiza con fondos públicos coordinado por el Ministerio de salud (36).

En el sistema de atención primaria juegan un rol importante las Matronas al liderar actividades preventivas y formulación de anticonceptivos. La Ley 20418 del 2010 fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, con libertad de elección del método de regulación y derecho a la confidencialidad sobre sus conductas sexuales y terapias elegidas (37). Por su parte, la Ley 19688 del 2010 está relacionada con el derecho de las estudiantes en estado de embarazo o madres lactantes para acceder y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel (38), aunado al Decreto 789 de 1989 promulga la eliminación de todas las formas discriminatorias sobre la mujer (39). En cuanto al acceso a la información pública, la Ley 20285 y el Decreto 13 de 2009 regulan la transparencia de la función pública, el derecho a acceder a la información de los órganos administrativos del Estado y las excepciones a la publicidad de la información (40).

La constitución cubana actual data del año 1976, surgiendo como respuesta para la transformación de la República a un estado socialista luego del proceso de Revolución Cubana dado en los años 50. Mediante ella, todo ciudadano tiene

derecho a la protección de la salud mediante la atención médica gratuita en toda la red de prestadores de servicios médicos y en la participación de programas educativos y de promoción de la salud. En cuanto a educación, el derecho está garantizado por el amplio y gratuito sistema en todos los tipos y niveles de enseñanza. Los medios de comunicación masiva son propiedad estatal, siendo en ningún caso de propiedad privada reconociendo la libertad de palabra según los fines de la sociedad socialista (41).

4.2 Marco conceptual

La actividad económica constituye uno de los motores de la sociedad. Un modelo de desarrollo es la propuesta teórica de una estrategia diseñada a la organización de la sociedad. Durante el siglo XX América Latina ha experimentado en sus países la implementación de diferentes modelos de desarrollo con la finalidad de dar respuesta a necesidades de desarrollo económico específicas.

El Modelo Primario- exportador abarca el extenso periodo que comienza con los movimientos de independencia a comienzos del siglo XIX y culmina con el periodo entreguerras. Estuvo caracterizado porque los procesos de acumulación de capital fueron el sector agropecuario y minero. En los países latinoamericanos se especializaron en la producción y exportación de productos primarios identificando así dos escenarios internos: un sector exportador y otro dedicado a satisfacer la demanda interna de consumo. Inicialmente, las nuevas naciones independizadas conservaron estos patrones de importación del periodo de la Colonia, sin embargo fueron reemplazados por movimientos liberales en economía y política (42). Al finalizar el siglo XIX, con el tránsito al imperialismo, la exportación de capital tomó la forma de inversión extranjera directa con el objetivo principal de controlar las fuentes de materias primas, por ejemplo en actividad minera y circuitos financieros. Los países del Cono Sur se incorporaron de forma más temprana a este modelo dadas las necesidades del capitalismo inglés, lo cual se tradujo finalmente en un mayor desarrollo al iniciar el siglo XX. Esta polarización conllevó a la introducción del concepto de heterogeneidad estructural, el cual refleja la diversidad de producción de un sector predominantemente productor de exportaciones y otro con menor nivel de productividad. Pero este fenómeno no solo tuvo implicaciones a nivel económico, sino que socialmente favoreció fenómenos de marginación y exclusión. Los movimientos de independencia terminaron siendo la representación de la continuación en el poder de las élites criollas sin un fuerte sentido del término democracia, conllevando así mismo a políticas públicas con pobre énfasis en áreas como la salud y la educación.

A pesar de su auge, el modelo Primario- exportador tenía entre sus debilidades la alta concentración de exportaciones en una cantidad limitada de productos. Complementando estas ideas Raúl Prebisch en su análisis histórico introdujo el

enfoque de centro – periferia según el cual la interrelación de estructuras socioeconómicas explica por un lado un polo de desarrollo (dado por los generadores de progreso técnico y productividad especializada) y otro de estancamiento que depende a su vez de los primeros, respecto a la distribución de las ganancias de dicha productividad de acuerdo a grupos sociales; este concepto a su vez permitía explicar las desigualdades es un plano internacional y la heterogeneidad en la producción interna de un país (43).

El desequilibrio entre precios y flujos comerciales hizo inviable mantener este sistema, siendo necesario industrializar los países de la región con base en un modelo de sustitución de importaciones. La transición hacia este nuevo modelo (1930-1982) fue necesaria para superar las limitaciones del modelo Primario – exportador, impulsando la industrialización mediante la disminución de la dependencia de mercados externos a través del desarrollo de bienes industrializados para la satisfacción de la demanda interna. Entonces la industria se convirtió en el eje de acumulación de capital, asociado a cambios sociales y políticos que favorecieron la industrialización y el surgimiento de nuevos bloques de poder (gobiernos de tinte progresista) con el crecimiento de las “clases medias” urbanas. La sustitución de importaciones experimentó dos grandes etapas: La primera parte o sustitución “fácil” corresponde a importaciones sustituidas por producción interna apoyado en la demanda existente. El Estado jugó un rol fundamental mediante la protección arancelaria, financiamiento público de inversiones y estímulos fiscales, entre otros. La siguiente fase o de “sustitución difícil” se inició a mediados de los años 50 con notables cambios respecto a los años precedentes. Se empiezan a producir bienes de consumo duradero, descentralizando las actividades desde el centro hacia la periferia. Las empresas transnacionales capitalizaron el desarrollo del mercado interno, y de esta manera estos procesos y las decisiones generadoras pasaron a depender de manos externas (42).

A pesar del dinamismo existente entre los diferentes medios de producción industrializada, no fue posible mitigar el impacto de migrantes provenientes del campo o de ciudades pequeñas, favoreciendo el subempleo y la economía informal. Dado los crecientes desequilibrios internos no solventados, los gobiernos de la época recurrieron al endeudamiento externo para su financiamiento. Hacia los años 70 surgen más interrogantes sobre la viabilidad de este sistema económico, considerando como excesivo el intervencionismo del estado y en la falta de apertura económica. Las dictaduras militares en suramericana a finales de los años 70 dieron los primeros pasos en la implementación de políticas neoliberales, anticipándose a las posteriores “reformas estructurales” como la apertura comercial y la desregulación financiera. Los países latinoamericanos se vieron obligados a proyectar su economía al exterior y cambiar el pago de financiamiento de la deuda externa (44).

El modelo neoliberal se caracteriza entonces por la interacción en amplios mercados, donde los bienes y servicios se convierten en mercancías y el objetivo principal es la rentabilidad económica bajo la libre competencia. La globalización se convirtió en la salida para enfocarse hacia los mercados externos tanto a los países de la periferia como a las transnacionales del centro (45). En 1989 nace el consenso de Washington el cual constituye un listado de medidas de política económica para orientar a los países en desarrollo y a los organismos internacionales a afrontar la crisis y establecer un ambiente de estabilidad. Comprende áreas como la liberalización económica, reducción del papel del Estado, privatización de empresas públicas, reorientación del gasto gubernamental y reformas fiscales con amplias bases de contribuyentes.

A pesar de lo anterior, el crecimiento económico en América Latina ha sido muy lento en las últimas décadas, especialmente evidenciado en aquellos países que siguieron fielmente las políticas del consenso contrario a los que no lo hicieron de forma tan estrecha. De la misma manera, el objetivo de orientar la industria hacia el exterior pretendía superar las restricciones favoreciendo la acumulación de divisas y el crecimiento; sin embargo el resultado visto fue de mayor dependencia de importaciones. La heterogeneidad social y productiva se ha visto más acentuada, con un irregular progreso técnico y en acumulación de capitales, informalidad laboral y procesos migratorios (45).

En el caso de Cuba, desde los orígenes de la Revolución Cubana en 1953 marcaron el inicio de la estrategia de desarrollo económico y social conocida hasta la actualidad. Los principales desafíos iniciales consistían en superar las secuelas del modelo colonial español vigente durante cuatro siglos con una estructura agrícola mono productora y extensiva con base en el azúcar y la dependencia económica a los Estados Unidos que controlaba las exportaciones, combustibles y otras áreas de la industria. Previamente, el régimen dictatorial de Batista acentuó aún más las brechas sociales existentes, en áreas como mayor analfabetismo, insuficientes servicios de salud, inadecuada infraestructura en vivienda e inequidad de ingresos, entre otras situaciones que favorecieron el surgimiento de la revolución (46). Los principales problemas a erradicar fueron plasmados por Fidel Castro en “La Historia me Absolverá”, convirtiéndose finalmente en la esencia política y económica del país mediante la identificación de seis áreas fundamentales: tierras, industrialización, vivienda, desempleo, educación y salud.

Entonces, la atención simultánea de los problemas económicos y sociales mediante una política social única ejercida a través de la centralización del Estado son características de este modelo, apoyado también en la participación popular. Se ejecutaron como primeros pasos la Ley de Reforma Agraria y la de reforma Urbana, sin embargo esta primera etapa culmina con el inicio del bloqueo por parte de Estados Unidos que conlleva a su vez a diversificar los mercados internos y abrir relaciones internacionales con países socialistas, principalmente la URSS. Para finales de los años 60, se reorientaron los objetivos económicos buscando

impulsar la diversificación de exportaciones y la producción agropecuaria, además del desarrollo de la industrialización, objetivo que se mantendría en años subsiguientes. Los cambios sociales para la época se caracterizaron por ampliación de la cobertura educativa, disminución de mortalidad por enfermedades infecciosas como tuberculosis e infantil y aumento en la esperanza de vida. En los años 80, se hizo énfasis en el desarrollo de exportaciones y la sustitución de importaciones, pero con evidencia de estancamiento económico en años siguientes aunado a descontrol en el ámbito empresarial – laboral (47). Fue necesario entonces tomar una dirección económica más restrictiva y similar a la empleada en países socialistas; buscando mayor apoyo en los recursos propios y nuevas fuentes de ingresos externos se priorizaron programas como el turismo y la biotecnología, amparados por los avances de la ciencia, tecnología e investigación.

En materia social se continuaron los avances en educación y salud como programas de diagnóstico avanzado, plan de medicina familiar y mayor cobertura a la población. La caída del bloque socialista aunado a crisis internas potenciadas por el recrudecimiento del bloqueo por parte de Estados Unidos implicó nuevos desafíos para Cuba. El turismo se convirtió en el impulsor de la economía, seguido del desarrollo biotecnológico y de la industria farmacéutica los cuales sin embargo no lograron obtener tan amplios resultados como el primero. Ocurrieron transformaciones desde la política externa e interna, reorganización de las estructuras e instituciones del Estado, mayor descentralización de la economía pero preservando la esencia socialista de la Revolución. Entonces, en el modelo de Planificación Centralizada las decisiones económicas son tomadas por una autoridad central por medio de una agencia de planificación que dirige el funcionamiento de la misma; caracterizada porque los medios de producción de propiedad estatal priorizando las necesidades de tipo social y colectivo (46,47).

Otro concepto de interés y profunda relación para este estudio es el de política pública, el cual se ha transformado y enriquecido a través de los años, presentando heterogeneidad de definiciones según los puntos de vista de los autores. Existen definiciones antiguas y sencillas como las aportados por Hecló y Widavsky en 1974 según la cual “Una política pública es un acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de la misma” (48). Por su parte, Carlos Salazar (1995) las describe como “El conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas” (49) y hasta controversiales como Thomas Dye quien posteriormente afirmaría: “Política pública es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer” (50).

Una de las ideas más complejas son las aportadas por Roth (2006) según el cual constituyen “un conjunto conformado por uno o varios objetivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con el fin de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una

situación percibida como insatisfactoria o problemática" (51) o en términos más operativos adaptados por el Profesor Rubén Darío Gómez, para quien las políticas públicas son dispositivos de control definidas por los sistemas políticos modernos para regular un asunto de interés general y en particular la aplicación de los recursos, que de otra forma no se resolvería espontáneamente (52). Esto implica que el Estado tenga un rol continuamente activo en la toma de decisiones sobre el cómo proceder ante la identificación de un problema público que ha de resolverse de forma eficiente. Así mismo, conlleva a una compleja interacción de intereses y posturas políticas, sociales, culturales e ideológicas, pues según la posición adoptada por los actores relevantes se generaran factores que fortalecen o amenazan la viabilidad de cualquier política pública.

Entonces, las políticas públicas son el medio empleado por los gobiernos para responder a una problemática específica según un contexto preciso y lograr así la transformación de la sociedad. Comprende unas fases, el origen o caracterización social completa de la situación a abordar, la formulación de la alternativa de solución elegida, la implementación a través de actividades concretas, el monitoreo para la posterior evaluación, análisis y reestructuración en caso de ser necesario. No todas las políticas públicas tienen el mismo campo de acción, lo cual genera especificidad sectorial para responder a objetivos más finos.

El hombre es un ser social por naturaleza, lo cual implica que es necesaria la interacción con otros seres de su misma especie para la construcción de sociedades, y derivado de esto, normas de convivencia y transmisión del conocimiento colectivo. La comunicación es un proceso dinámico de transferencia y recepción de información; este acto puede dar respuesta a diferentes finalidades desde básicas hasta muy complejas, atendiendo a diferentes niveles de impacto: intrapersonal, interpersonal y masiva. Se tiene entonces a los medios de comunicación, los cuales son canales artificiales que permiten la comunicación entre un emisor y el receptor. Los medios de comunicación masiva, o mass media, son aquellos a través de los cuales un emisor envía información específica a un receptor que resulta ser colectivo, heterogéneo y numeroso, de una forma rápida. Dada su amplia envergadura, este concepto no solo se refiere a los instrumentos que transmiten el mensaje, sino que también hace referencia a la gente, organizaciones y tecnologías involucradas en este proceso. La principal finalidad de los medios masivos es informar, formar y entretener, razón por la cual existen diferentes tipos (53).

De acuerdo a lo anterior, para que esto sea posible es necesaria una evolución histórica que permitiera el desarrollo de la ciencia y el perfeccionamiento de la tecnología. El paso más antiguo fue dado por la invención de la escritura, la cual abrió las puertas a fonemas, grafemas y la estructuración de la palabra oral y escrita. A partir de la revolución industrial se han impulsado nuevas herramientas comunicativas como la imprenta, luego el telégrafo que dio vía al teléfono y la radio, la televisión que ya integra imágenes con sonido para llegar a las

computadoras como el gran fenómeno de medios en la actualidad. Los nuevos medios de comunicación masivos, como Internet, se han convertido en elementos de socialización tanto para niños, adultos y jóvenes pues permiten mostrar información para construir la realidad de un entorno, proporcionan modelos de incluso valores y normas, todo esto facilitado por la amplia extensión de su capacidad de influencia y la fuerza de intención del mismo. Esto es significativamente importante para la población adolescente, quienes incorporan toda la información recibida como elementos para ejercer relaciones, la construcción de la identidad y evaluación de su situación personal. Así mismo, los medios de comunicación constituyen herramientas fundamentales para la transmisión de mensajes en política pública. Esto significa que en el proceso de construcción de una noticia influyen factores que incitan a clasificar, jerarquizar o priorizar la información de acuerdo a intereses económicos o políticos particulares (54). Entonces, su participación se orienta hacia un papel determinante ante la sociedad en la reproducción y distribución del conocimiento al colectivizar información seleccionada y de esta manera seleccionar saberes y poderes.

5 Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se realizará un abordaje cualitativo apoyado en revisión bibliográfica. Un estudio cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica con el fin de descubrir y refinar preguntas de investigación, por lo cual el análisis no es de tipo estadístico sino fundamentado más en un proceso inductivo. Los datos cualitativos se definen como descripciones de eventos, personas o interacciones observadas y sus manifestaciones. Otra de sus características es que el proceso de investigación es flexible, valiéndose de técnicas de recolección de datos como entrevistas abiertas, revisiones documentales, discusiones personales o grupales, interacción con comunidades. Dentro de su variedad de concepciones, parte del patrón cultural desde el que cada sistema social interpreta situaciones pues de igual manera constituye un marco de referencia poblacional (55).

Para este trabajo se eligió a la metodología de investigación de tipo cualitativo dado que ofrecía los siguientes beneficios:

- Bajo un concepto holístico se considera a las personas, grupos y sus contextos como un todo y no son reducidos a variables
- Se permite contar con hipótesis emergentes que a su vez abren las puertas a un nuevo ciclo investigativo dentro de la misma investigación y no llevar solo un camino lineal
- Reconoce el valor de cada perspectiva sin buscar una única verdad, sin excluir datos con puntos de vista distintos
- Identifica a las situaciones con sus características sociales generales pero a su vez se reconoce la singularidad de cada escenario como fuente de nueva información

5.2 Fuentes de información

La fuente de información de este trabajo se encuentra constituida por artículos, políticas pública según su definición ya brindada y publicaciones referentes a la prevención del embarazo en la adolescencia. Los criterios de inclusión empleados son los siguientes:

- Criterios de inclusión de artículos
 - Artículos publicados en bases de datos indexadas: Dialnet, Scielo, Pubmed, Bireme
 - Cuyo tema tratado esté en relación con políticas públicas de prevención del embarazo en la adolescencia en los países de estudio
 - Publicados en los últimos 15 años

Disponibles en idioma español – ingles

- Criterios de inclusión políticas publicas
 - Publicaciones emitidas por entidades de carácter gubernamental en Colombia, Chile y Cuba
 - Publicados en los últimos 15 años
 - Disponibles en idioma español

5.3 Técnicas de recolección

Para la recolección de la información se empleó como instrumento una ficha guía de lectura. Esta fue elaborada a partir del objetivo general y los específicos del trabajo, desde los cuales se identificaron las siguientes categorías: I. Modelos de desarrollo en Colombia, Chile y Cuba; II. Políticas públicas sobre prevención de embarazo en la adolescencia en Colombia, Chile y Cuba; III. Medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de políticas públicas en Colombia, Chile y Cuba; IV. Relación entre el modelo de desarrollo con las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente en Colombia, Chile y Cuba; V. Papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de las políticas públicas en Colombia, Chile y Cuba; VI. Comparación entre las políticas de prevención del embarazo adolescente en Colombia, Chile, Cuba; VII. Logros y dificultades de las políticas públicas en Colombia, Chile, Cuba.

En el caso de las políticas públicas, se realizó una segunda ficha guía de lectura teniendo en cuenta las siguientes categorías: I. Modelos de desarrollo; II. Políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes; III. Descripción de la política pública/ plan; IV. Relación entre el modelo de desarrollo con las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente; V. Papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de las políticas públicas.

El perfil de búsquedas incluyó las siguientes palabras claves derivadas del proyecto: Políticas públicas para adolescentes, Programas de prevención de embarazo adolescente, Políticas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, Modelos de desarrollo, medios de comunicación. Las bases de datos seleccionadas, relacionadas con ciencias de la salud y ciencias sociales fueron: Scielo, DialNet, PubMed, Bireme. Así mismo, se incluyeron documentos relacionados con las categorías iniciales que cumplieran con los criterios de inclusión y se encontraban disponibles en buscadores de la red, o constituirían fuentes secundarias. Luego de recolectar toda la información, se procedió a analizar los productos por medio de la ficha guía de lectura como se mencionó previamente.

El proceso de búsquedas en bases de datos fue realizado entre el 2 y el 13 de Febero del presente año. Los resultados asociados a las palabras claves ya descritas arrojó un total de 513 artículos, sin embargo tras la confirmación de los criterios de inclusión postulados (fecha de publicación e idioma) y de verificar otras variables tales como presencia de una misma publicación en más de una base de datos, temas no pertinentes con el estudio actual, acceso negado al texto completo y asociación con otros países o áreas no presentes en el trabajo se obtuvo un total de 19 artículos distribuidos de la siguiente manera: 12 para Colombia de los cuales luego fue excluido uno por no relacionarse con el tema de interés, 3 para Chile y 4 para Cuba. El anexo 1 contiene esta información relacionando los resultados obtenidos de acuerdo a cada base de datos consultada respecto a cada país de interés. Por su parte, en el anexo 2 se presentan los títulos de las publicaciones seleccionadas para el análisis y su fuente de procedencia.

En cuanto a la selección de las políticas públicas se emplearon buscadores de red en asocio con páginas web de instituciones gubernamentales oficiales de cada uno de los 3 países, cuya búsqueda fue realizada entre el 2 y el 4 de mayo de 2016.

Una vez teniendo seleccionadas las publicaciones tras aplicar los criterios de inclusión se procedió a clasificar la información de cada uno de ellos dentro de las ocho categorías previamente identificadas para los artículos y en las cinco categorías en el caso de las políticas públicas. Luego de realizarse la lectura de todo el material, se diseñó una matriz para cada uno de los tres países con la idea de agrupar en un mismo espacio toda la información relacionada con cada una de las categorías para Colombia, en Chile y de igual manera para Cuba. Posteriormente, cada una de las categorías fue desglosada dentro de subcategorías de acuerdo a información particular en común que facilitara la presentación de los resultados y el análisis de los mismos.

5.4 Aspectos éticos

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993, Artículo 11 del Ministerio de Salud en el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este proyecto sería catalogado como sin riesgo. No se requirió la realización de consentimiento informado.

6 Resultados y discusión

De acuerdo a la metodología de la investigación ya presentada, se identificaron elementos en la información que permiten segregarla en dos grandes grupos. La primera parte de los resultados corresponde a las categorías descriptivas, en las cuales se presenta la caracterización y análisis de conceptos sobre las políticas públicas de prevención del embarazo en la adolescencia, obteniendo tres categorías de este tipo: Modelos de desarrollo, políticas públicas dirigidas a prevención del embarazo en la adolescencia y medios de comunicación empleados en la difusión de políticas públicas. El segundo grupo está conformado por las categorías comparativas las cuales interrelacionan las categorías descriptivas entre sí obteniendo dos nuevos productos: relación del modelo de desarrollo con políticas públicas y papel de los medios de comunicación frente a las políticas públicas. Finalmente se identificaron los logros y dificultades de las políticas públicas para su implementación y las necesidades de acción frente a estas debilidades encontradas.

6.1 Descripción y análisis de los modelos de desarrollo y las políticas públicas frente a la prevención del embarazo en la adolescencia en la región de las américas

Como producto del análisis de las categorías para describir a los modelos de desarrollo, los medios de comunicación y las políticas públicas de prevención del embarazo en la adolescencia en Colombia, Chile y Cuba se encontró asociado una categoría emergente la cual representa las políticas sociales producto de convenios regionales. Esto constituye un hallazgo importante dado que este tipo de estrategias conjuntas sirven como inspiración para la elaboración de proyectos a nivel nacional que cumplan con los objetivos y metas trazados a mayor escala.

6.1.1 Políticas públicas diseñadas para prevenir el embarazo en la adolescencia desde una perspectiva subregional

Se identifica al Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA) como una importante estrategia regional que busca fortalecer acciones de respuesta de los países miembros ante esta problemática. Es común encontrar como objetivo de las políticas públicas dirigidas a la población de adolescentes y jóvenes el lograr el mejoramiento de la salud mediante la articulación de soluciones desde diferentes sectores traducidas en acciones que den respuesta a estas necesidades desde la promoción y la prevención. Cabe destacar que para

este plan se encuentran vinculados Colombia y Chile, países de la región Andina de interés para el presente trabajo.

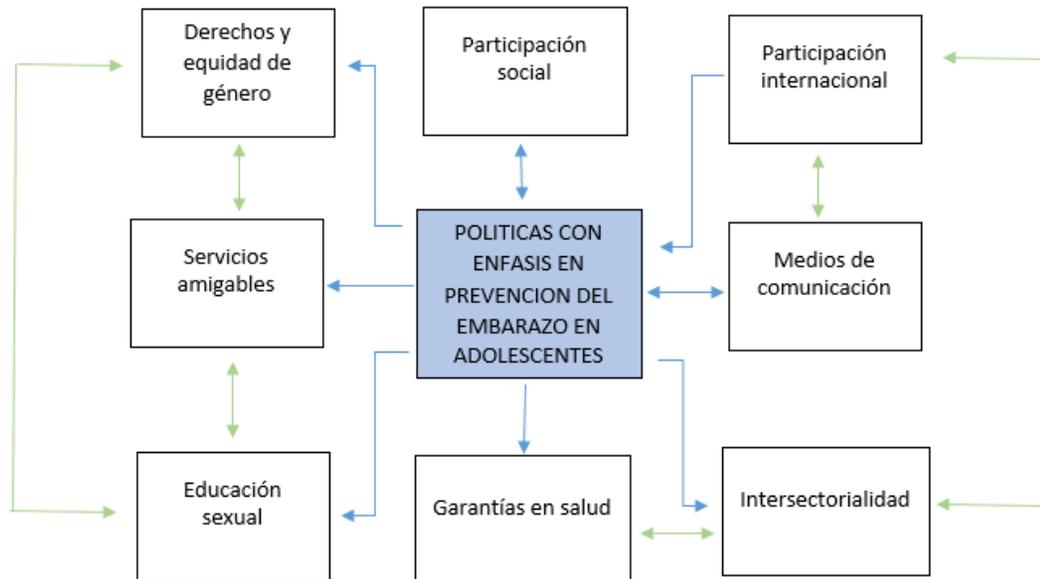


Figura 1: Políticas públicas en la región Andina. Elaboración propia.

En la figura 1 se observan las diferentes relaciones existentes entre la categoría de políticas públicas y sus subcategorías derivadas a partir de la revisión de las políticas públicas regionales dirigidas a la prevención del embarazo en la adolescencia. Las flechas en color azul muestran las relaciones directas de dichas políticas con las subcategorías desde diferentes perspectivas: como enfoque de acción a partir de los derechos y la equidad de género, desde su implementación a través de los servicios amigables de salud y la educación sexual y desde la óptica de los actores que se encuentra constituida por participantes desde el ámbito local hasta avanzar a escala global, como lo son la participación de la comunidad, la intersectorialidad, los medios de comunicación y la participación internacional. En cuanto a este último hay que destacar que es la única de las subcategorías cuya orientación del vínculo no se origina desde las políticas públicas sino que se dirige hacia ellas, dado que reconoce la importancia de los consensos internacionales para la elaboración de políticas propias. Si bien predominan las relaciones orientadas en una dirección es necesario reconocer que todos los componentes ejercen influencia al ir moldeando y adaptando los planes diseñados; esto significa que algunos de los elementos identificados como subcategorías requieren la presencia del otro para fortalecer su ejercicio lo cual se visualiza como las líneas bidireccionales. De igual forma, las flechas verdes destacan las interacciones predominantes de las subcategorías entre sí.

Identificar un camino para sobre el cual trazar las políticas públicas permite tener desde el comienzo claridad sobre aquellos elementos esenciales, ineludibles e inexcusables que se deben exigir al momento de estudiar sus resultados. Contar con un enfoque de acción desde los derechos reconoce la relevancia de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como agentes promotores de desarrollo al identificar aquellas condiciones injustas y asimétricas entre las poblaciones para crear puentes de reparación en busca del pleno desarrollo de los individuos. De esta manera la estrategia regional tiene como finalidad:

“El objetivo general del PLANEA es contribuir a disminuir las brechas que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, y la equidad social y de género; con un enfoque intercultural y de participación social” (56)

Sin embargo, su implementación y éxito se encuentran supeditados a varios factores. Un análisis sobre políticas públicas acerca de salud sexual y reproductiva frente a la introducción del principio de equidad de género en México muestra que la institucionalidad de dicha política enfrenta dificultades que van desde los matices propios de los grupos políticos creadores de las estrategias, las perspectivas frente a la intimidad y actitudes propias de los grupos sociales y culturales (57). Entonces, para lograr la meta de salud para los adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos se requiere sincronizar la voluntad política con los principios e identidades de cada población, para que mediante el reconocimiento de la necesidad de disminuir las brechas existentes entre los géneros se logre el empoderamiento de la mujer frente al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Es necesario subrayar que la discriminación y todas aquellas circunstancias que acentúen las desigualdades en salud representan violaciones a los derechos humanos, uno de los enfoques imprescindibles para abordar la salud sexual y reproductiva.

Para materializar estas aspiraciones se requiere la creación de estrategias que desde diferentes ángulos de acción permitan ejecutar estos proyectos. Respecto a la estrategia de prestación de atención en servicios de salud amigables se han de reconocer por brindar soluciones a las diferentes demandas de los adolescentes, con respuestas oportunas, de calidad, permitiendo a su vez el desarrollo de potencialidades y habilidades en aquellos que los utilicen. La política regional cita lo siguiente:

“Los países de la subregión profundizarán su esfuerzo por implementar servicios de salud amigables y de calidad para la atención de salud sexual y reproductiva adolescente, resguardando el acceso universal... sin discriminar por orientación sexual y que consideren la confidencialidad, la oferta de consejería tanto para los que no han iniciado actividad sexual como a los que ya se iniciaron, destinada a entregar orientación para un desarrollo afectivo sexual armónico, humanizado y

acorde a la edad, reforzando habilidades para la postergación de la actividad sexual cuando aún es posible y entregando herramientas para la prevención de infecciones de transmisión sexual incluidos el VIH y del embarazo y la entrega de métodos anticonceptivos” (56)

Ofertar cuidados en salud dirigidos a los adolescentes constituye un gran reto. No solo por la infraestructura requerida ni por la adecuada capacitación con la que debe contar el personal vinculado a la prestación de este servicio, sino por la importancia de lograr superar los prejuicios personales para lograr brindar una consejería que sea veraz amparada bajo la luz de evidencias científicas, equitativa y no discriminatoria, las cuales constituyen entre otras, situaciones que se convierten en barreras para lograr una atención humanizada de calidad. Se han creado guías procedentes de diferentes instituciones interesadas en esta área para brindar pautas que ayuden a construir servicios realmente amigables para los adolescentes, como USAID en el 2014 (58) que refuerza las ideas anteriormente mencionadas.

Por otra parte, reconocer el impacto del sector educativo en las políticas de salud sexual y reproductiva implica que este tome participación activa y continua en procesos variados desde la educación formal y no formal tales como programas curriculares claramente establecidos hasta facilitar herramientas para que desde los hogares sean fuente de capacitación en sexualidad para todos sus miembros. El fortalecimiento de habilidades psicosociales para la vida, tal como lo describe la OMS en 1993 como las “Capacidades de una persona para enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria” (59) promueve el desarrollo de herramientas que se convierten en factores protectores del embarazo en la adolescencia tales como la toma de decisiones, el autoconocimiento y la comunicación asertiva. Además, se requiere brindar capacitación sobre otros temas como anticoncepción, manifestaciones de sexualidad, atención en salud, derechos sexuales y reproductivos. De esta manera es como las estrategias regionales describen el rol de la educación sexual:

“Para evitar el embarazo precoz es preciso implementar ampliamente los programas de educación sexual basados en una currícula. Estos programas deben desarrollar habilidades para la vida, brindar respaldo para manejar los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan la madurez sexual, y deben además vincularse con servicios de consejería y anticoncepción” (60)

Para que se lleven a cabo estos planes se requieren actores heterogéneos que enriquezcan las propuestas y contribuyan a llevar el mensaje de la política pública a sus destinatarios finales. Es constante encontrar la idea de convocar a diversos sectores a participar desde diferentes niveles con el fin de lograr posicionar los temas de salud sexual y reproductiva en las agendas políticas y que esto se vea en intervenciones más eficaces, por lo cual se invita a fortalecer ejercerla de la siguiente manera: (61)

“Desarrollar acciones integradas y coordinadas entre el sector de la salud y socios estratégicos en los niveles regionales, nacionales y locales. Entre estos socios figuran las entidades gubernamentales pertenecientes a los sectores docente, judicial, laboral, de la seguridad pública, la vivienda y el medio ambiente, entre otros; las instituciones privadas; la comunidad académica: los medios de difusión; la sociedad civil; las organizaciones de jóvenes; las organizaciones religiosas, y los grupos de las comunidades” (62)

Un análisis de casos liderado por la OMS sobre la equidad en salud y las acciones intersectoriales concluyó que en cada país influyen diferentes tipos de factores sociales los cuales hacen que se planeen diversos tipos de acciones y por ende se obtengan resultados particulares (63); todo esto es con el objetivo de generar intercambios de conocimiento y compromisos para diseños de programas que contribuyan a dar respuesta a las necesidades de la población.

Por otra parte, la participación de la población en la construcción y desarrollo de las políticas públicas tiene un papel muy importante. El rol de las juventudes en el contexto político se ha modificado considerablemente en los últimos años debido a múltiples razones dentro de las que cabe destacar el mayor interés en participación en política para lograr ejercer un derecho a la inclusión efectiva y como escenario para construir realidades a partir de sus experiencias (64). Por esto, se hace necesario abrir espacios que permitan la integración de la comunidad interesada, primero reconociendo sus necesidades para luego trazar rutas organizadas de trabajo y lograr impactar en la población. Los planes regionales reconocen este proceso de la siguiente manera:

“La salud de los adolescentes y los jóvenes, incluida la salud sexual y reproductiva, ocupan un lugar de importancia entre las prioridades internacionales de desarrollo, que incluyen desde la necesidad de formular políticas innovadoras y eficaces en el nivel regional como el fomento de una mayor sensibilización y una participación más activa de los adolescentes y los jóvenes, sus familias y sus comunidades en el ámbito local” (62)

A partir de este fragmento se identifica también a la participación social como un elemento de desarrollo desde esferas locales hasta planos nacionales e incluso globales, los cuales se enriquecen precisamente desde los múltiples puntos de vista y escenarios particulares de cada miembro vinculado. Así mismo, la participación del sector salud en el desarrollo de políticas públicas para prevenir el embarazo adolescente es fundamental. Desde la organización de la prestación de los servicios que sean de calidad, el trabajo desde la evidencia científica, el acceso a medicamentos y paraclínicos, trabajar en red con otras instituciones, son elementos que necesitan adaptarse a los requerimientos de los jóvenes y adolescentes y no convertirse por sí mismos en obstáculos para el goce pleno de la salud, tal como lo resalta este fragmento:

“En muchos lugares, las leyes y políticas impiden la entrega de anticonceptivos a las adolescentes solteras o más jóvenes. Los responsables de políticas deben intervenir para permitir que todas las adolescentes puedan obtener anticonceptivos” (60)

Desde el Modelo Conceptual de Salud Internacional se reconocen 4 fuerzas motoras que inciden en la garantía del derecho a la salud y la equidad, entre ellas se encuentra la cooperación internacional. Esta es entendida como una herramienta promotora de desarrollo a través de actores en el plano internacional, sean estados entre sí u otras organizaciones como ONG, por medio de la canalización de diferentes tipos de recursos; cabe destacar en este momento el papel ejecutado por la Organización Panamericana de la Salud:

“La OPS ha desempeñado una función central en el mejoramiento de la salud de los adolescentes y los jóvenes en la Región de las Américas respaldando a los ministerios de salud, otros ministerios fundamentales y organizaciones no gubernamentales (ONG)” (62)

Así, esta colaboración se enfoca en fortalecer experiencias nacionales para dar respuesta a dificultades de acuerdo a resoluciones y recomendaciones de carácter internacional. Hay que tener en cuenta que puede funcionar en sentido bidireccional, siendo un país receptor a su vez donante, lo cual hace más enriquecedora esta relación. Otro elemento clave, común y necesario en todas las sociedades es la comunicación, y de lo exitosa que logre ser, de igual forma se alcanzará la transmisión efectiva de mensajes. Las políticas regionales reconocen el papel ambiguo que ejercen los medios de comunicación en los adolescentes y jóvenes de la siguiente manera:

“Los que tienen acceso a los medios de comunicación están expuestos a una gran variedad de mensajes e imágenes que a menudo ilustran hábitos nocivos para la salud, como el consumo de tabaco en los programas de televisión. Sin embargo, esas mismas tecnologías de la comunicación pueden usarse como una estrategia para mejorar la salud de los jóvenes al influir positivamente en los valores, actitudes y creencias relacionados con la salud” (62)

De acuerdo a lo anterior, es necesario re direccionar los contenidos de los medios de comunicación para que sean promotores de educación y no de conductas lesivas, y a su vez faciliten la articulación de los actores para lograr un mayor impacto en salud.

6.1.2 Modelos de desarrollo identificados en la región de las Américas

Durante el siglo XX la implementación de nuevos modelos de desarrollo económico en América Latina ha implicado una transición producto de diferentes tensiones que detonaron la necesidad de realizar cambios estructurales a nivel de

cada estado. Desde ambos lados del espectro de modelos políticos y sociales se obtiene como resultados diferentes representaciones según el enfoque particular que se ha querido plasmar en cada uno de los países de la región.

6.1.2.1 Neoliberalismo en la región como perpetuador de inequidades sociales.

Es necesario reconocer que el desarrollo ha traído consigo nuevos desafíos como son los avances científicos y tecnológicos, los movimientos humanos y la formulación de políticas públicas que se unen a problemáticas sociales clásicas al igual que el crecimiento inequitativo. Las políticas públicas como aliadas a este proceso y teniendo en cuenta las múltiples definiciones operantes, se pueden considerar como programas que coordinan lo que el Estado y la sociedad consideran como elementos de interés general. Una publicación reciente realizada por el colombiano Mario López sobre estos dos asuntos señala a las mismas políticas públicas como propagadoras de desigualdades, tal como se menciona en su publicación:

“Al tiempo que el modelo de desarrollo aumenta la pobreza y provoca nuevas desigualdades, las políticas diseñadas buscan legitimar la acción estatal apelando a la participación ciudadana activa” (65)

Esto trae consigo las siguientes interpretaciones: por una parte, las políticas creadas son ineficaces debido a la propia naturaleza de su origen y sus resultados no lograrán subsanar desigualdades mientras sean concebidas bajo un esquema neoliberal. Secundariamente pero no menos importante, la afirmación del autor orienta a pensar que los discursos de inclusión y participación social no están ligados al ejercicio de los derechos o de la ciudadanía, siendo su objetivo el arraigar con mayor profundidad los modelos económicos imperantes no a través de los dirigentes sino en manos de los mismos pueblos. Las políticas subregionales reconocen de igual forma este fenómeno caracterizándolo así:

“Insistimos en cómo las políticas neoliberales no reconocen, o lo hacen a regañadientes, los efectos inequitativos, cada vez más abismales, de la globalización neoliberal. Para ellos la globalización y el modelo único son el resultado de la naturaleza y sus consecuencias inevitables. Por eso, sus soluciones a la crisis no están orientadas a actuar sobre las causas, sino sobre las manifestaciones” (66)

6.1.2.2 Neoliberalismo en Sur América: los casos de Chile y Colombia.

Para el caso de Chile, los principales cambios para protección de los jóvenes y adolescentes llegarían en los años 90. Se reconocieron en ese entonces las vulnerabilidades ante las cuales estaban expuestos los jóvenes y se pone en la agenda educativa la educación sexual y la discriminación por género. (67) Esto fue impulsado por el reconocimiento y ratificación de tratados internacionales como la Convención de los Derechos del Niño, en la cual los países adheridos se comprometen a proteger plenamente los derechos de los niños reconociendo sus situaciones especiales de fragilidad. Es importante destacar que una de las características del Estado chileno es la centralización, hallazgo que es reforzado de diversas maneras dentro de los artículos revisados y se expresa de la siguiente manera:

“El centralismo económico y administrativo es uno de los elementos que caracteriza al estado chileno. Sus orígenes se remontan al periodo colonial, donde la relación con España llevaba a que todos los asuntos de la corona se concentraran en la capital” (68)

Dentro de la historia colombiana del siglo XX se identifica la transición a través de diferentes modelos de desarrollo; estos cambios han traído consigo repercusiones sociales y sanitarias de forma paralela a los resultados en economía buscados inicialmente. Respecto a la protección de niños y adolescentes, su incorporación en políticas públicas se fue dando de la mano con los cambios económicos de la siguiente manera:

“La política pública de los NNA es, ciertamente, un espejismo en el seno del Estado hasta la llegada al poder de los liberales en 1930 y la subsecuente escalada del Estado proteccionista que se extingue a mediados de los ochenta” (69)

En la figura 2 se presentan los principales elementos vinculados al modelo de desarrollo colombiano y su construcción de políticas públicas, el cual se desglosa en tres secciones. La primera de ella identifica a los actores constituidos por el Estado y la religión, quienes a través de sus tensiones facilitan o crean obstáculos para la ejecución de políticas públicas relacionadas con sexualidad. El siguiente elemento está constituido por los recursos que bien pueden ser fuentes económicas o propiamente por los derechos al ser herramientas que permiten a un individuo alcanzar su realización. Producto de estas fuerzas se generan respuestas evidenciadas a nivel de salud y educación. Todas estas relaciones traen consigo la búsqueda de un resultado social que es el de lograr el control de la natalidad restringiendo el número de nacimientos en el país.

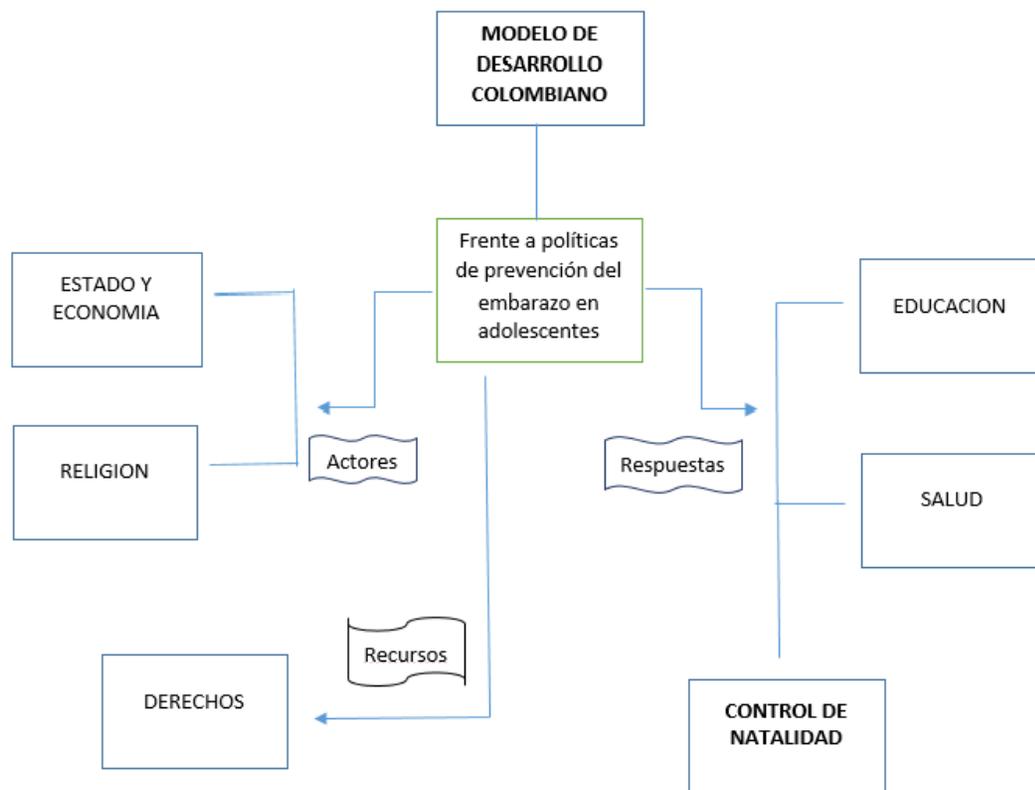


Figura 2. Principales componentes identificados en los documentos analizados sobre el modelo de desarrollo en Colombia frente a las políticas públicas de prevención del embarazo adolescente. Elaboración propia.

El ajuste estructural llevado a cabo por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional hicieron que para iniciar la década de los 90 se anunciara el “Programa para la Modernización de la Economía Colombiana” (69), mediante el cual se centraba la atención en la exportación de materias primas como fuente de desarrollo. A partir del gobierno de Cesar Gaviria se aceleró la liberación comercial y se buscaron medidas para favorecer la inversión extranjera (69), reformas dirigidas por estas grandes entidades económicas mundiales.

“The first change occurred between 1992 and 1996. This change was caused by the reforms following a neoliberal logic implemented by the government of Cesar Gaviria under the international influence of actors like the World Bank, the International Monetary Fund and the Inter-American Development Bank” (70)

La creación del programa Colombia Joven se dio durante el gobierno de Andrés Pastrana cuyo objetivo era el de dar continuidad a la política de integración económica de los jóvenes con el mercado antes liderado por el Vice-ministerio, sin embargo trayendo consigo menor inversión en temas de juventud (70). Luego

llegaría Álvaro Uribe al poder y consigo el denominado Estado Comunitario, el cual buscaba que los recursos del Estado beneficiaran a la comunidad mediante el fortalecimiento de la confianza inversionista, la seguridad democrática y la responsabilidad social.

“The kind of state created by president Alvaro Uribe (2002 – 2006) and named Community State was characterized by capital protection over the people and encouraged the confidence of investors, both national and international. These policies allowed poor people to be more stigmatized by being selected as beneficiaries, but only for a short time” (70)

Como una fuerza transversal contraria al desarrollo de políticas públicas que respalden plenamente los derechos sexuales y reproductivos se encuentra la presencia de la iglesia católica. En los primeros años de la conformación del Estado fueron precisamente ambas entidades las encargadas de compartir la participación en temas de niños y adolescentes, espacios que se fueron abriendo posteriormente hasta llegar a la década de 1950 donde durante el gobierno del Frente Nacional el sector eclesiástico comenzó a participar en educación sexual desde su posición conservadora y protectora de valores desde la familia y los sacramentos. (71). De esta manera, la religión ha contribuido a moldear tanto las acciones oficiales como el pensamiento colectivo mediante introducción de ideas desde la fe que pueden ser reconocidas como factores protectores ante el embarazo precoz como la abstención y postergación de inicio de relaciones sexuales hasta el matrimonio.

De la mano con las transformaciones ideológicas que trae consigo el desarrollo económico y tecnológico se esperaría que el crecimiento en otras áreas como la salud tuviera igual impulso como producto de la economía de mercado. Sin embargo, la canalización de los recursos no se realiza de forma equitativa dentro de las necesidades de acuerdo al modelo neoliberal, tal como se describe en el siguiente fragmento:

“El planteamiento de que a mayor desarrollo y riqueza social generalmente se encuentra un mayor gasto en salud y una más amplia cobertura, disponibilidad y un mayor acceso a todos los tipos de servicios de salud, no se cumplen bajo los designios de la globalización neoliberal” (66)

En cuanto a derechos el punto más significativo está marcado por la proclamación de la Convención de Derechos del niño, la cual sería posteriormente ratificada por Colombia, significando que toma un carácter constitucional comprometiendo al Estado a velar por su cumplimiento y mantenimiento. Dentro de las publicaciones revisadas es reiterativa la mención del neoliberalismo como un modelo económico contrario a la promulgación de derechos de los jóvenes y adolescentes. (69)

La acción de estas fuerzas alrededor del modelo de desarrollo ha de generar respuestas que pueden verse reflejadas como políticas sociales, en este caso, para las áreas de salud y educación. La carta magna nacional busca brindar las herramientas para proteger los derechos fundamentales en la población, participando a través de diferentes figuras procedentes desde variados sectores, tal como se aprecia en el contraste de los siguientes fragmentos:

“En su definición de un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social del país, acorde con el modelo neoliberal, la Carta de 1991, estableció la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los colombianos y como un servicio público obligatorio, cuya organización debió hacerse acorde con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (Art. 48). Pero al mismo tiempo estableció que en su prestación podían concurrir agentes públicos y privados, y que los servicios debían ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria” (66)

"Algunos países como Colombia, que han delegado las responsabilidades de sus servicios sanitarios en un período de tiempo breve, sin los recursos financieros ni la capacidad institucional necesarios en los niveles inferiores de la administración, han comprobado que la descentralización puede ser contraproducente y agravar la ineficiencia y la falta de equidad del sistema de atención de salud" (66)

Como se mencionó previamente al presentar la gráfica asociada al modelo de desarrollo colombiano, la interacción de todos estos productos tiene como intención final obtener resultados en el control de la natalidad. Sin embargo, esta situación no fue considerada como un objetivo a alcanzar durante mucho tiempo, sino que fue desencadenada al ver el desbordado crecimiento poblacional, como se manifiesta a continuación:

“En la década de los cincuenta se definió el problema de población como un asunto de orden político y socioeconómico mundial; se aceptó, por los distintos actores políticos, la necesidad de controlar la explosión demográfica mediante el “control natal” (71)

A partir de estas ideas, se reconoció al control de la natalidad como un elemento favorecedor del desarrollo de los países y la planificación familiar sería entonces el instrumento para alcanzarlo.

El estado del arte recientemente publicado por la Universidad de Antioquia denominado: “Tendencias en sexualidad y reproducción en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Colombia, 2003-2013” respalda gran parte de los elementos mencionados en el presente trabajo respecto al proceso de construcción y manejo de las políticas públicas en el país (72). Primero, reconoce la pluralidad de enfoques para elaboración de políticas públicas en sexualidad, resaltando a su vez las fortalezas y debilidades que finalmente logran enriquecer

el producto obtenido. Aunado a lo anterior, se expone al neoliberalismo como mecanismo que aleja al Estado de su responsabilidad en este proceso mediante la tercerización en la oferta de servicios, lo cual asigna mayor poder a grupos económicos específicos.

6.1.2.3 El referente regional del socialismo y la revolución cubana.

La década de los 50 alberga el inicio del movimiento social de izquierda más exitoso del continente. Esto implicó una serie de transformaciones políticas y económicas en aras de promover derechos fundamentales como la salud, la educación y superación de inequidades para toda la población.

“En Cuba se organizó y garantizó de forma gratuita el proceso de atención a la salud de niños/as desde el propio triunfo de la Revolución en 1959, decisión posteriormente consagrada por la nueva Constitución de la República cuando definió la responsabilidad del Estado para con la salud ciudadana” (73)

El asegurar estas condiciones implicó la creación de instituciones especializadas en el cuidado de la salud, particularmente para los grupos de riesgo como mujeres y niños, por ejemplo el Programa Nacional Materno Infantil. Estos programas deben su éxito al conjunto de decisiones acertadas como la fuerte voluntad política para llevarlos a cabo y la estructuración de mejoras como el entrenamiento del personal y la adecuación de los avances tecnológicos para así brindar una mejor atención, desde una óptica de promoción y prevención. Si bien los resultados vistos tras la adopción de un modelo socialista para todas las áreas de la cotidianidad en una sociedad no han sido del todo favorables, es importante reconocer que la salud si se convirtió claramente en una de las prioridades, adaptándose de acuerdo a situaciones particulares del país y marcando una diferencia en la región.

“Mientras en América Latina se producían las reformas de los sistemas de salud, bajo el influjo del Fondo Monetario Internacional, en Cuba, se escogió la posibilidad de optimización y transformación del sistema de salud teniendo en cuenta la especificidad de las situaciones nacionales, nuestra propia historia, el caudal de logros y éxitos acumulados, el rol de la salud dentro de sus procesos de desarrollo y de sus concepciones de los derechos humanos fundamentales, la equidad, la solidaridad y la redistribución de la riqueza nacional con justicia social” (73)

6.2 Políticas públicas para la prevención del embarazo en la adolescencia desde su descripción

Para el momento de abordar las políticas públicas identificadas en cada país se rescataron los elementos más representativos de las mismas dentro de cada uno de los artículos encontrados para el presente trabajo. En el caso de Cuba, se identificaron 3 ejes importantes sobre los cuales se desarrollan las políticas públicas: la mujer y principios de género, la educación y el sistema de salud, articulados a través de las entidades estatales encargadas de su ejecución y cumplimiento, agrupándose de la siguiente manera:

“En materia de receptora de salud existen también otros indicadores que muestran el progreso que ha experimentado la vida sexual y reproductiva de la mujer cubana, entre ellos pueden citarse el apoyo de la legislación y del sistema de salud a las prácticas abortivas como decisión femenina, el fácil acceso a la anticoncepción moderna con el objetivo de que la mujer pueda planificar sus embarazos y tener hijos deseados, la extensión por el país de los hogares maternos que atienden a las mujeres en condiciones de riesgo y el desarrollo de programas para la educación sexual, que pretenden elevar la responsabilidad femenina en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, por solo mencionar aquellos que parecen más relevantes” (74)

El rol de la mujer cubana respecto a la salud sexual y reproductiva se ha fortalecido de forma cualitativa y cuantitativa desde las últimas décadas. Se puede identificar como creadora de oportunidades de atención en salud desde formación empírica hasta lograr capacitación profesional y por otro lado, se encuentra su papel de cuidadora, receptora y promotora de derechos desde su hogar y comunidad. Teniendo en cuenta el enfoque preventivo de las políticas en salud en Cuba, la oferta de métodos anticonceptivos constituye una herramienta para la libre elección sobre fecundidad y sexualidad, aunado a la exigencia de servicios diferenciados y multidisciplinarios para el caso de las adolescentes. Igualmente, la educación se encuentra amparada bajo los mismos principios de universalidad y accesibilidad, sumando de esta manera al cuerpo docente en este proyecto. Como entes regulatorios se identifica al Ministerio de Salud como el máximo responsable de los programas para niños, adolescentes y jóvenes, y a partir de allí se derivan centros y comisionados especializados en cada división específica de la política. En el segmento anterior es llamativa la reiterativa importancia en torno a la mujer en temas de sexualidad, sin embargo no hay un abordaje explícito sobre el rol masculino en esta área.

En Chile, este proceso muestra notables similitudes con lo que ha sucedido en Cuba. El introducir la educación para la salud sexual y reproductiva se remonta a los años 60 cuando surge la preocupación nacional sobre el embarazo adolescente (75) y se van conformando programas y políticas para las escuelas y

comunidades, con múltiples altibajos debido a presiones de sectores de derecha y la iglesia católica para obstaculizar sus avances. (75)

De igual forma, el Programa Nacional de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes actual contempla dentro de sus objetivos y alcances los principales ejes estructurales de la política regional como la intersectorialidad, participación social, conformación de servicios amigables desde un enfoque de equidad de género y derechos humanos a la vez que resalta la importancia del sector primario en salud, la implementación de medidas preventivas y el papel de los actores internacionales con sus convenios, tratados y recomendaciones que son fuente de luz para la creación de políticas propias en cada país. En cuanto a derechos, es pertinente traer en mención el siguiente fragmento:

“Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y confidencial, y que de acuerdo a sus creencias y/o formación, le permita elegir libremente y acceder a los métodos de regulación de la fertilidad que cuenten con la debida autorización; en la situación de que sea una persona menor de 14 años quien realiza esta solicitud, se deberá informar posteriormente a su entrega al padre, madre o adulto responsable que el menor refiera” (76)

Allí se reconoce la importancia de la educación y la libertad de acción frente a sexualidad sin discriminación ideológica de ningún tipo acompañados de los avances tecnológicos que permitan el goce pleno de la salud. Sin embargo, es llamativo que exista restricción para que los menores de 14 años accedan libremente a métodos de regulación de la fertilidad, lo cual se traduce en barreras establecidas por la misma política para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en este grupo de edad.

Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención del embarazo adolescente en Colombia conservan similitudes con las subcategorías identificadas en las políticas regionales. Desde el reconocimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se identifica a los niños, jóvenes y adolescentes como una población en riesgo a sufrir transgresiones de los mismos, aunado a la dependencia de factores externos para incorporar o no en las agendas publicas los temas sobre sexualidad como se sugiere a continuación:

“La adopción de la perspectiva de género en las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva ha tenido que ver más con la incorporación de un mandato institucional, fruto de las presiones de las agencias financiadoras externas que con un compromiso construido a partir de las necesidades sentidas por las instituciones o con un nuevo enfoque para analizar y abordar los eventos sexuales y reproductivos” (77)

Las políticas públicas desarrolladas alrededor de los años 60 mantenían un eje tradicional sobre temas de sexualidad como los impartidos desde el catolicismo (70). Este tipo de posiciones se ha perpetuado en el tiempo y constituyen un elemento limitante para ampliar escenarios que divulguen estas políticas. Es llamativo encontrar que entidades no pertenecientes al gobierno sean las que lideren actualmente los procesos de incorporación de nuevos espacios desde la salud y la educación.

“La educación sexual ha sido un proyecto difícilmente aceptado y ha tenido numerosos obstáculos de diverso orden para su desarrollo, por considerarse que incita a los jóvenes al ejercicio sexual indiscriminado...Entidades como PROFAMILIA y el Servicio de Salud de la Universidad Nacional de Colombia han continuado esta labor educativa como parte de sus programas de atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes” (77)

Dentro de las características principales de la política actual de salud sexual y reproductiva se reconoce su aplicabilidad sin discriminación a lo largo de todo el ciclo vital, teniendo en cuenta su importancia además de características y necesidades específicas según las edades (78). De igual forma, respecto al manejo de la información y comunicaciones se reconoce la importancia de los canales ya existentes buscando su optimización en cuanto al respaldo requerido para gestionar todo el proceso de implementación y seguimiento de resultados. (78)

“Esta Política se presenta como una directriz general, de orden nacional, que reconoce temáticas habituales relacionadas con la sexualidad y la reproducción, sobre las cuales desde una apuesta por su integración, se debe seguir avanzando. Por lo tanto, la nueva Política se dirige a la totalidad de los habitantes del territorio nacional, independientemente de sus circunstancias de diversidad, armonizada con los enfoques de derechos, género, diferencial, entre otros, dentro de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud” (78)

La constante identificación del trabajo interinstitucional reconocida a nivel de las políticas regionales también es fundamental para el desarrollo de la política nacional colombiana. El promover alianzas entre sectores estableciendo compromisos y metas claras e involucrar a la comunidad por medio de redes sociales son formas de garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. (78)

“La coordinación interinstitucional se alcanza mediante la construcción de alianzas y sinergias orientadas al logro permanente de los contenidos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos” (78)

“Todos los países del área andina tienen políticas y planes que respaldan la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes y su acceso a

servicios adecuados para su edad. Pero la magnitud, calidad y grado de implementación de los planes y programas de salud sexual y reproductiva y de “servicios amigables” es muy variable en la región. En la práctica, sólo una proporción muy reducida de la población de adolescentes y jóvenes tiene acceso real a los servicios de salud reproductiva” (79)

Es necesario visualizar el embarazo en la adolescencia como una situación social con repercusión en amplios ámbitos. El análisis desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio permite entender que para fortalecer y alcanzar las metas en mejorar la salud materna hay que trabajar desde la equidad de género y la educación para obtener resultados favorables en reducción de la mortalidad materno-infantil, erradicación de la pobreza y la lucha contra las enfermedades infecciosas de alta carga individual y comunitaria.

“El ODM 5 está relacionado con otros ODM. Como la mortalidad neonatal depende mucho de la mortalidad materna, los progresos con respecto al ODM 5 también repercutirán en la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4). Dichos progresos también están estrechamente relacionados con el ODM 6, consistente en combatir el VIH/SIDA y el paludismo, que son importantes causas indirectas de mortalidad materna. La consecución del ODM 5 también se verá favorecida por el fortalecimiento de los derechos de la mujer (ODM 3), el aumento de la educación primaria (ODM 2) de las niñas y la erradicación de la pobreza extrema (ODM 1). Después de todo, la mortalidad materna es un indicador sensible de las desigualdades, y las estadísticas actuales muestran que las mujeres más pobres y con menos nivel educativo son las que corren mayor riesgo de morir durante el embarazo o el parto” (79)

6.3 Medios de comunicación empleados para la difusión de políticas públicas

Ya se ha mencionado previamente la importancia de los medios de comunicación como vías entre el Estado y la población para transmitir información de interés masivo, concretamente para este caso, como lo son las políticas públicas.

En Cuba, se identifican canales de divulgación de información referente a salud sexual y reproductiva tales como revistas científicas y páginas web asociadas a instituciones gubernamentales como el CENESEX (80). Dentro de los artículos revisados no se encontró mención sobre otros medios de comunicación existentes y su relación con las políticas públicas nacionales.

Los espacios reconocidos para la difusión de las políticas públicas en los medios de comunicación chilenos son muy variados. Estos abarcan desde métodos tradicionales como los escritos, la radio y la televisión hasta involucrar redes

sociales virtuales. Aunque de forma habitual los medios nacionales tienen mayor impacto, se reconoce el esfuerzo realizado desde los medios locales para generar más puntos de opinión como se puede evidenciar a continuación:

“En este escenario es donde deben lidiar cada día los medios de comunicación a nivel regional y local, quienes además, son los únicos que generan espacios para la expresión libre de la ciudadanía y quienes apoyan el desarrollo desde lo local. La presencia de medios regionales, es más evidente en el sector radial y de televisión... en cambio en cuanto a prensa, aún los costos de imprenta son demasiados altos como para mantener un medio sólo con la venta diaria y competir con los ya existentes se hace casi imposible” (68)

Para Colombia, de igual forma se reconoce la importancia de los medios de comunicación como agentes divulgadores de información relacionada con salud sexual y reproductiva. Dentro de las publicaciones revisadas se encontró mayor mención de los medios convencionales como la prensa escrita y televisión, identificando además otros actores como los medios publicitarios, los cuales tienen mayor presencia en ámbitos locales al igual que la radio, y páginas web. Como entidades gubernamentales representativas cabe destacar al Ministerio de Cultura y sus alianzas en cuanto a participación regional (13), los cuales son actores con preferencia a generar espacios para jóvenes y adolescentes, situación similar a la observada en el contexto chileno. Entonces, se evidencia la labor ejercida por los medios de comunicación a nivel local como entes impulsores de nuevos espacios de información, identidad y cultura juvenil. Sin embargo, también se reconoce que su trabajo requiere articulación con otros sectores con el fin de interiorizar los contenidos expuestos, pues la sola divulgación de la información no asegura la puesta en práctica de la misma, tal como se manifiesta en una de las publicaciones:

“La sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas al estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital” (81)

Otro elemento importante encontrado en los artículos revisados respecto a los medios de comunicación empleados para la difusión de políticas públicas son las disparidades al considerar espacios televisivos en los canales públicos respecto a los privados. Mientas las temáticas abordadas en los primeros corresponden más a iniciativas de los propios televidentes o a temas de mayor relevancia social en un momento determinado, para los canales privados estos espacios se ven sujetos a directrices específicas otorgadas tanto por los directores del canal como por influencias comerciales. (82)

6.4 Relación entre el modelo de desarrollo y las políticas públicas

El modelo de desarrollo económico de un país incide en la forma mediante la cual se elaboran y ejecutan las políticas públicas. Dentro de los artículos revisados no se encontró mención directa de esta relación para ninguno de los tres países. El trazo político socialista implementado en Cuba ha favorecido el desarrollo sanitario de la isla desde el acceso igualitario y no discriminatorio como pilares del ejercicio del derecho a la salud, tal como lo cita el autor:

“La nueva política social convirtió a la salud en un derecho para todos, incluso para la mujer de todas las razas y grupos sociales. El enfoque de igualdad de posibilidades que ha prevalecido en la política de salud cubana se concretó en la elaboración de diferentes programas que reconocen los derechos de la mujer al control de su sexualidad y reproducción y a una vida saludable en esas áreas” (74)

Para Chile, desde las políticas para la protección de la primera infancia se destaca una mayor cobertura de salas cunas, lo cual se traduce en mejores oportunidades tanto para el hijo lactante como para la madre al abrir espacios para educación y vinculación laboral, fenómeno notablemente observado durante la intervención en el poder de la Presidenta Bachelet (83)

“Es posible que el incremento en la asistencia (escolar) de las jóvenes embarazadas tenga que ver con las políticas de protección social de la Presidenta Bachelet, entre ellas la ampliación de cobertura de salas cunas” (67)

En el caso de Colombia se reconoce la importancia de diferentes actores y puntos de vista en la construcción de políticas públicas, tales como la incorporación de relaciones con otros estados, actores del ámbito internacional y por supuesto los participantes nacionales.(84)

“Debido a esta especificidad, la construcción de las políticas sociales se debe observar principalmente a partir de dos dimensiones: la primera, en el contexto de las instituciones sociales del Estado creadas específicamente para este fin, y la segunda, en los demás sectores, tanto públicos como privados, los cuales son igualmente responsables de su concreción” (80)

6.5 Papel de los medios de comunicación en la ejecución y divulgación de las políticas públicas

Partiendo desde los medios de comunicación empleados para difundir políticas públicas ya caracterizados, se ha de identificar su papel; sin embargo, el que se

reconozcan estos canales no implica que su utilización cumpla los fines para los que fue diseñada una estrategia en particular.

“Utilizar todos los canales de la comunicación interpersonal, grupal y masiva para la orientación a los adolescentes, ofreciéndoles protagonismo y liderazgo en las acciones... Los Centros Nacional y Provinciales de Promoción y Educación para la Salud deben coordinar con los medios de comunicación social, los espacios dedicados a temas relacionados con la Adolescencia” (80)

En Chile, se encontró una situación particular respecto a los medios de comunicación. Allí, la información se encuentra centralizada y el Estado ejerce un doble rol al participar dentro del mercado económico de la información y a su vez al ser el ente encargado la regulación del sector, como se ve a continuación:

“El Estado juega el papel de un empresario más dentro del campo de la competencia económica, en donde lo que le interesa no es necesariamente el poder político, sino son las ganancias económicas que representa la participación y el control de los flujos de información. Al respecto, la pluralidad informativa es una labor del Estado, no puede dejar los medios de comunicación en manos del mercado” (68)

A partir de esto se puede inferir que el Estado no está garantizando las condiciones adecuadas para la generación de espacios de información que sean diferentes a los intereses de los propietarios de los medios de comunicación y limitando así mismo la participación de todos los sectores de la sociedad. La participación de los medios de comunicación en la divulgación de políticas públicas en Colombia se puede sintetizar en la siguiente afirmación:

“Los medios de comunicación, periodistas, investigadores y analistas de políticas, desempeñan un papel importante en la divulgación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en la sociedad, pudiendo distorsionar la información o contribuyendo de forma crítica al tema” (85)

Desde allí se reconoce a los medios como escenarios necesarios para la movilización de opinión desde diversos sectores en relación a la divulgación de políticas públicas. Aunque la investigación en el área de influencia en sexualidad por parte de los medios no es amplia, hay señalamientos que indican que su papel se encuentra ligado al aprendizaje por observación, (86) además de facilitar la consolidación de relaciones con otras personas (78). A pesar de estas bondades identificadas, es necesario reconocer el rol negativo que este actor ejerce sobre los jóvenes. Una de las principales contrariedades es precisamente el hecho de manejar flujos de información no respaldados por evidencias científicas sino ceñidas por posiciones personales o intereses particulares que exacerbando la subjetividad y ahondan la discriminación en asuntos de sexualidad, tal como se describe en el siguiente fragmento:

“Se evidencia que no se está impartiendo la información suficiente sobre sexualidad como debe ser, es decir, desde la perspectiva científica, sino que se divulga desde el prejuicio social y personal, dejando a un lado la cientificidad del tema, no teniendo presente, que va dirigida a una población con alta vulnerabilidad como son los jóvenes” (86)

Por otra parte, también se encontró que hay diferencias de participación de los medios según el área de influencia, encontrándose en las zonas rurales menor divulgación de contenidos en salud sexual y reproductiva (85). A partir de estas divergencias surgen ciertas necesidades a satisfacer para que la relación de los medios de comunicación con los adolescentes sea la de fortalecer sus espacios de información, conocimiento y promulgación de derechos.

“Los procesos comunicativos en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos deben ser asertivos, evitando las discriminaciones, estigmatizaciones y los usos idiomáticos que subvaloran y perpetúan paradigmas sobre las mujeres y otros grupos diversos. Así mismo, la sexualidad debe ser abordada a través de los medios de comunicación de manera abierta y respetuosa, como cualquier dimensión natural de la existencia humana” (78)

Como se ha mencionado con anterioridad, se requiere fortalecer áreas de investigación sobre la influencia de los medios de comunicación en el comportamiento principalmente de los adolescentes y jóvenes, además de realizar un seguimiento más estricto y preciso al proceso de implementación y obtención de resultados de las políticas públicas. Así mismo, es indispensable introducir toda la tecnología necesaria para que se logren satisfacer necesidades identificadas respecto a sexualidad tanto a nivel individual como colectivo (78) y sobre todo, teniendo en cuenta el contexto local, como el caso de los municipios y regiones más apartadas.

6.6 Logros y dificultades de las políticas públicas

Todo el proceso de creación, desarrollo y seguimiento de las políticas públicas ha de ser evaluado y estudiado para que de acuerdo a estos resultados, cada entidad responsable de éstas conozca sus fortalezas, debilidades y a partir de allí se identifiquen estrategias de mejora.

La gran virtud reconocida en las políticas públicas cubanas es su carácter de proyecto social, lo cual implica la gestión de proyectos para mejoramiento de las condiciones de vida o satisfacción de necesidades de la población, en especial para los más vulnerables, por parte del Estado. Abarcar la salud y la educación como prioridades en la agenda política implica reconocer su importancia en el desarrollo y bienestar de una comunidad. Por otra parte, las dificultades

reconocidas identificadas giraron alrededor de 2 situaciones: la primera de ellas es que a pesar del impulso hacia la educación, respecto a educación sexual las políticas son insuficientes sobre todo en relación a la capacitación de los mismos docentes, quienes son los encargados de brindar conocimientos en las aulas de clases. Así mismo, el no trabajar profundamente desde los determinantes sociales de la salud hace que se desarticulen acciones orientadas a identificar factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y se exponga a los jóvenes a situaciones de vulnerabilidad. Un ejemplo de lo anteriormente mencionado es no identificar las redes de apoyo familiar débiles y obrar en desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos ante presión de la pareja para estar en gestación, como se puede apreciar en el siguiente fragmento:

“La gestación en muchachas adolescentes que responden a la presión del varón, sea por la dificultad para la negociación del condón o por responder al deseo del hombre de tener un hijo sin que ella se sienta preparada para hacerlo, es un indicador de que se debe avanzar mucho más en la educación de la sexualidad con un enfoque de género y en el empoderamiento de las mujeres para tomar decisiones autónomas” (87).

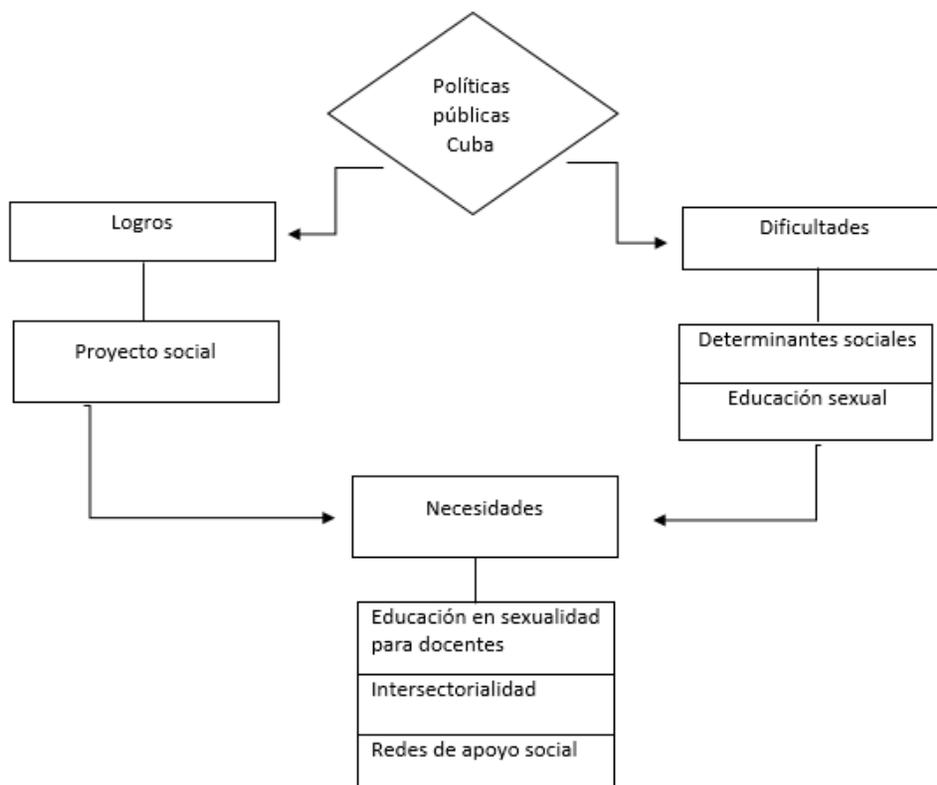


Figura 3. Logros, dificultades y necesidades de las políticas públicas en Cuba. Elaboración propia.

A partir de estos logros y dificultades resaltados, surgen necesidades para fortalecer el hacer de las políticas públicas en Cuba las cuales se pueden agrupar en 2 categorías: la primera asociada a la necesidad de capacitación y actualización en temas de sexualidad para los docentes quienes constituyen el cuerpo formador en centros educativos y en las familias al representar el mismo papel en los hogares (87). Así mismo y con la finalidad de intervenir sobre los determinantes sociales se considera la puesta en acción de redes de apoyo social, los cuales constituyen recursos organizados para afrontar situaciones adversas, en este caso unificado para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Al igual que en Cuba, para el caso de Chile se identificó un gran logro relacionado con las políticas públicas y es el hecho de reconocer progresos respecto a derechos de género, acceso a salud, educación, vivienda lo cual se traduce en mejores condiciones de vida para la población bajo el amparo de ser políticas sociales universales, es decir, ejecutables para toda la comunidad sin discriminación (67). Uno de los principales obstáculos reconocidos en varias publicaciones son las posiciones religiosas conservadoras y de derecha, las cuales se oponen a la educación sexual en escuelas y promueven ideas de abstención y celibato. Otra de las dificultades se encuentra relacionada a la percepción de los adultos y el escaso reconocimiento de los adolescentes como sujetos de derechos, lo cual restringe el libre ejercicio de su sexualidad (76)

Dentro del grupo de las necesidades identificadas se destacan las relacionadas con la centralización del poder, buscando que el Estado se empodere de las debilidades públicas mediante la adopción de políticas que no se encuentren restringidas a los intereses de unos grupos reducidos, como lo expuesto previamente en relación a los medios de comunicación. La ausencia de una verdadera política de educación sexual limita desde la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de salud hasta el ejercicio de los mismos lo cual constituye una divergencia entre los discursos políticos con la adopción de tratados internacionales que ratifican estas condiciones y la praxis real, por lo que se hace prioritario construir bases más sólidas desde este ángulo (76). La figura 4 resume las principales ideas sobre Chile en esta área.

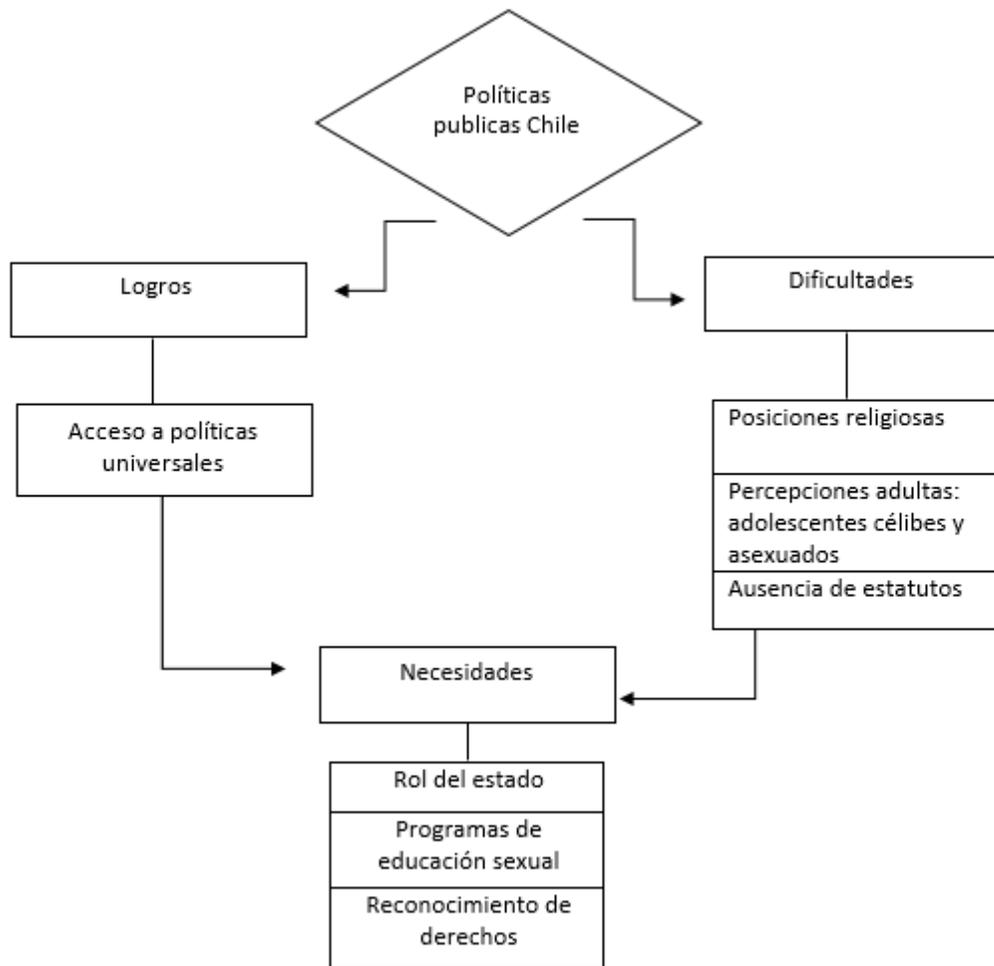


Figura 4. Logros, dificultades y necesidades de las políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo adolescente en Chile. Elaboración propia.

La revisión de las publicaciones sobre Colombia arrojó un mayor listado de logros, dificultades y necesidades relacionadas con las políticas públicas. La figura 5 reúne estos elementos a continuación.

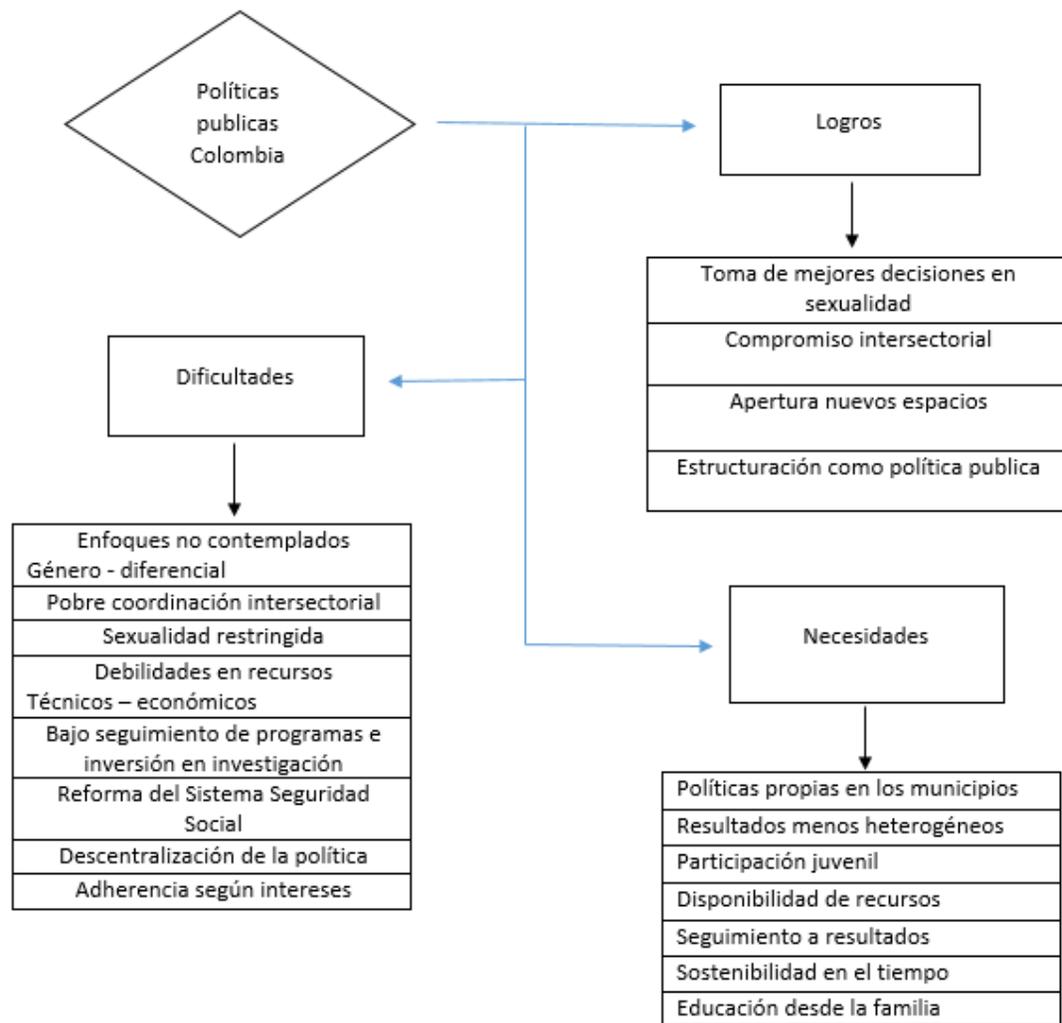


Figura 5. Logros, dificultades y necesidades de las políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo adolescente en Colombia. Elaboración propia.

Las principales fortalezas de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva para Colombia se pueden visualizar a través de 3 grandes grupos. El primero de ellos relacionado con la estructuración administrativa que ha permitido el llamado intersectorial con el fin de trabajar conjuntamente en esta área e ir generando nuevos espacios de participación, como se manifiesta a continuación:

“Las políticas públicas sociales han dejado de ser la expresión de la clásica función de prestación de la Administración (Magaldi, 2007: 13) y ahora comprometen a todos los sectores públicos y privados” (80)

En cuanto a formulación de políticas se reconocen progresos en el establecimiento de lineamientos tanto a nivel nacional como local, que si bien no en todos los casos cuentan con todos los elementos para ser definidos propiamente como

políticas públicas, han trazado una directriz para el mejoramiento posterior de los mismos y han contribuido al bienestar de la población (85). El siguiente punto está relacionado con la educación sexual impartida como resultado conjunto de las acciones desde el hogar hasta las instituciones educativas. Esto se traduce en toma de decisiones y participación en sexualidad de forma más responsable y por ende, más saludable. (79)

Dentro de las dificultades encontradas, a pesar de la importancia ampliamente mencionada de la intersectorialidad, no se ha logrado una articulación sólida entre los sectores salud y educación, recayendo sobre el primero la mayor responsabilidad en procesos de capacitación, investigación y seguimiento (82). Aunado a esta dinámica, el enfoque educativo ha sido primordialmente hacia la represión de la sexualidad, sin dejar abierto ampliamente el espacio para considerar otras dimensiones de la misma como la afectividad, lo espiritual y cultural.

“El proceso educativo en los talleres le deja poco espacio a la sexualidad como una experiencia positiva para los jóvenes y generadora de placer. Pese al enunciado de la importancia de ejercer una sexualidad en forma libre y satisfactoria, se sigue haciendo un mayor énfasis en su control que en su conocimiento o disfrute” (77)

Desde los recursos disponibles también se encuentran limitantes. Por una parte, es necesario fortalecer la asistencia técnica en municipios pues no se cuenta con personal exclusivamente capacitado y vinculado con temas de sexualidad ni con los recursos económicos suficientes para costear planes municipales. (81)

“La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva aún no logra impactar de manera significativa en la salud de los adolescentes y de las adolescentes, y en particular en la disminución de los casos de embarazo; es más, se evidenciaron dificultades en relación con los esquemas político-administrativos de implementación. La descentralización ha generado la búsqueda desordenada de soluciones ad hoc o que corresponden a particularidades locales, que descansan en la presencia fortuita de algunos funcionarios y funcionarias particularmente motivados o en la presencia de una ONG con experticia en el tema” (81)

En el estado del arte nacional previamente mencionado se identifican de igual manera los siguientes obstáculos en la elaboración de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Allí se describe la incongruencia entre lo plasmado en las políticas y lo ejecutado de las mismas en casos como el enfoque diferencial y de derechos, pues a pesar de la voluntad de inclusión no se ha logrado ver plenamente en práctica (72). De igual forma, reconoce falencias en la oportunidad de establecer y fortalecer tratados internacionales que den mayor impulso a las políticas nacionales en salud sexual y reproductiva. Así mismo, se destacan las falencias desde la intersectorialidad interpretadas como una inadecuada

articulación de los diversos actores dado la poca claridad de los roles a establecer y una hasta ahora incipiente participación ciudadana en la implementación de políticas públicas.

Se encontró un elemento interesante que diverge en cierta manera de los demás motivos por los que se considera que no ha sido plenamente exitosa la política sexual y reproductiva en el país. Allí se reconoce que a pesar de la estructuración actual de los programas sociales y discriminando las barreras culturales, tecnológicas, educativas, entre otras, la política actual ha tenido pobre adherencia por indiferencia proveniente de los actores relacionados en su proceso de ejecución más que por ignorancia de la misma.

“Es necesario reconocer que a pesar del intento óptimo que tiene los programas, políticas y proyectos a nivel de sexualidad, según los resultados evidenciados en los estudios investigativos, globalmente se sigue presentando un aumento en los embarazos de adolescentes, ya que existe poca adherencia a los programas sobre sexualidad, posiblemente por desinterés hacia ellos, mas no por desconocimiento de los mismos” (86)

A partir de los resultados presentados anteriormente se generan exigencias por cumplir y así alcanzar mejores resultados en salud sexual y reproductiva. El siguiente fragmento resume los principales requisitos al respecto:

“Se deben tomar acciones de liderazgo urgente, y para poder pasar de la teoría a la práctica, hay que negociar y concertar para que la formulación y la ejecución de políticas públicas en el área de la salud, particularmente de la sexual y reproductiva de nuestros adolescentes, generen modificaciones importantes del perfil epidemiológico, y se logre una sostenibilidad de ellas en el tiempo; y para obtener esta condición es esencial el respaldo comunitario y el abordaje intersectorial” (88)

Allí se destacan los siguientes puntos: el hecho de reconocer desde el inicio de la afirmación la importancia del liderazgo como la sumatoria de herramientas de un individuo o entidad para influir en un colectivo con la idea de alcanzar ciertas metas es sumamente valioso dado que implica que un sector implicado dirija organizadamente los esfuerzos de todos los actores convocados e interesados en participar en la construcción de políticas de salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes. De esto se derivan las necesidades de fortalecer espacios educativos desde las familias, mejoramiento en el acceso y prestación de servicios de salud, optimización de los procesos de seguimiento de objetivos y resultados de las políticas como se ha mencionado previamente y la asignación de más recursos para tal fin disminuyendo la obtención de resultados heterogéneos (86). Por otra parte, el no contar con políticas públicas propias en cada municipio dificulta en cierta medida la ejecución exitosa de los programas diseñados nacionalmente, sin embargo, no se

desconoce el esfuerzo realizado hasta el momento por adaptar los esquemas nacionales según las necesidades particulares (85).

En cuanto al respaldo comunitario solicitado es necesario reforzar la participación de los jóvenes en la construcción de ciudadanía pues esta población es la directamente beneficiada de este tipo de políticas (78). Finalmente, un gran reto para una política pública es lograr ser sostenible a lo largo del tiempo, para lo cual es indispensable el trabajo conjunto multisectorial y la impecable planeación y ejecución de las mismas.

7 Conclusiones

El embarazo en la adolescencia ha sido uno de los fenómenos sociales emergentes de mayor impacto que ha acompañado a los cambios políticos y económicos experimentados en América Latina durante el siglo XX. Cada Estado ha promovido diversas estrategias cuya intencionalidad es la de obtener beneficios en salud, tales como el diseño de políticas públicas específicas, además del empleo de conductos de transmisión de dicha información los cuales son constituidos por los medios de comunicación.

En cuanto a los modelos de desarrollo identificados, se encontró que las transiciones fueron vivenciadas en diferentes grados de intensidad; la Revolución Cubana es el momento histórico que marcaría el comienzo de una era de cambios sociales que perduran hasta la actualidad. De igual forma, la fuerte influencia del Banco Mundial y el FMI desde la década de los 80 desembocaría en la implementación del Neoliberalismo en gran parte de la región. Aunque en Colombia se logró identificar una política pública sobre derechos sexuales y reproductivos de reciente actualización además de una directriz nacional exclusiva para la prevención del embarazo en adolescentes no se identificaron iguales resultados para Chile y Cuba.

Dentro de la búsqueda realizada no se encontraron suficientes investigaciones que vincularan a los medios de comunicación con su impacto en los adolescentes como entes modificadores de comportamientos en sexualidad o su papel en la difusión de políticas públicas. Sin embargo, se logró evidenciar que los medios de comunicación masivos se encuentran sujetos a intereses particulares los cuales terminan siendo las fuerzas que indican que tipo y en qué forma se transmite la información a la población.

8 Recomendaciones

La atención de los jóvenes y adolescentes, principalmente en situación de embarazo, no debería ser relegada a una única institución. Desde el Estado mismo se promueve la acción intersectorial buscando un manejo más integral de acuerdo a lo indicado en la legislación vigente y en los convenios internacionales. El reconocer la necesidad de enfoques diferenciales es fundamental pues el asumir a la juventud como una población homogénea en cuanto a condiciones sociales ha promovido que se marquen de manera más intensa todas aquellas situaciones de vulnerabilidad que limitan la óptima obtención de resultados sanitarios favorables.

No basta con la elaboración de políticas públicas pertinentes si los pasos de divulgación y seguimiento de las mismas aún son erráticos. Se requiere impulsar áreas como la investigación para que a partir de la evidencia y las realidades allí plasmadas se construyan planes acordes a los contextos particulares y no inspirados en resultados ajenos.

Es fundamental derribar las barreras existentes desde los promotores de salud y educación en cuanto a preconcepciones, intereses particulares y formas inadecuadas de informar, pues en muchas ocasiones constituyen el único contacto de las juventudes hacia el conocimiento y terminan convirtiéndose en obstáculos.

Debe fortalecerse la promulgación de los derechos humanos como ejes para el desarrollo pleno de un individuo sin discriminación y no interpretarse como oportunidades eventuales reservadas a una minoría.

9 Agradecimientos

A Dios por guiar mis pasos hacia esta especialización y permitir que comprendiera los procesos en salud desde otra perspectiva y abriera nuevos espacios para mi crecimiento personal y profesional.

A mis padres por su apoyo incondicional y por ser la voz de aliento para no desfallecer en la consecución de mis sueños.

A mis demás familiares y amigos cercanos quienes manifestaron continuamente su cariño y aliento en la realización de este proyecto.

A Mario Forero y Hugo Mantilla por sus consejos oportunos y críticas para construir el presente trabajo.

A Catalina Sampedro y Juan Díaz por su tiempo, comprensión y paciencia.

A mis jefes inmediatos en la Fundación Cardiovascular de Colombia quienes me brindaron su apoyo y los espacios requeridos para llevar a cabo mis actividades académicas.

A mi asesora, la profesora Diana Molina quien con su pasión y dedicación comprendió desde el inicio la esencia de este trabajo y orientó mis pasos apropiadamente en el camino de la investigación en sexualidad juvenil.

10 Bibliografía

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia [Internet]. La Habana, Cuba, MINSAP, 1999 [consultado 2015 Jun 20] Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/#>
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Internet]. 1948 [consultado 2015 Jun 20] Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Comunicación, Desarrollo y Derechos Humanos. [Internet]. UNICEF Argentina. 2006 [consultado 2015 Jun 20] Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/EDUPAScuadernillo-1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/EDUPAScuadernillo-1(1).pdf)
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe publicaciones. Boletín demográfico No 68. América Latina: Fecundidad 1950 [Internet]. 2001; 140 [consultado 2015 Jun 20] Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/3/7463/P7463.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl>
5. Profamilia Métodos Anticonceptivos. [Internet]. [Consultado 2015 Jun 20] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS-2005/profundidad/II/Capitulo-VI.pdf>
6. Planificación Familiar: Conocimiento y Uso de Métodos. Profamilia. [Internet]. [Consultado 2015 Jun 20] Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS-2005/general/capitulo_VI.pdf
7. Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30 (3). [Internet]. [Consultado 2016 Jun 20] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a14v30n3.pdf>
8. Naciones Unidas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Septiembre 1994. [Consultado 2015 Jun 20] Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
9. Gaviria S, Chaskel R. Embarazo adolescente en América Latina y El Caribe: Impacto Psicosocial. Programa de Educación Continua en Pediatría Curso Continuo de actualización en Pediatría [Internet]. 2013;12:3(5-16) [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: http://www.scp.com.co/precop-old/precop_files/ano12/TERCERO/embarazo_adolescentes.pdf

10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Prevención del Embarazo Adolescente, una mirada completa: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. UNFPA. [Internet] [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/Embarazo%20Adolecente.pdf>
11. Flórez C, Soto V. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990-2010. Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Profamilia. 2013. [Internet] [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/ESTUDIOS%20A%20PROFUNDIDAD%20AF.pdf>
12. Organismo Regional Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. El embarazo en adolescentes en la subregión andina. Plan andino de prevención del embarazo en la adolescencia. 2008 [Internet] [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: <http://orasconhu.org/documentos/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>
13. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES 147, Documento CONPES SOCIAL 147. “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 2012 [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf
14. Galindo C. Análisis del Embarazo y la Maternidad durante la adolescencia: Diferencias Socioeconómicas. Desarro. Soc. [Internet] [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n69/n69a06.pdf>
15. Correa E, Déniz J, Palazuelos A. América Latina y Desarrollo Económico. Estructura, inserción externa y sociedad. [Internet]. Madrid: Economía Actual; 2008 [Consultado 2016 Jul 21] Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=qVt41fwjzPAC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=modelos+de+desarrollo+y+estrategias+alternativas+en+am%C3%A9rica+latina&source=bl&ots=ZvJBW78tPm&sig=Sq_o_sh9yBWFGfLoWcrevGP16r4&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiZqcK09-XPAhXI6yYKHYPaK04ChDoAQgZMAA#v=onepage&q=modelos%20de%20desarrollo%20y%20estrategias%20alternativas%20en%20am%C3%A9rica%20latina&f=false
16. Suarez E. Políticas de la salud colombiana en los modelos de desarrollo. Investig. Enferm. [Internet]. [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1550>

17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Cuba, Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer informe 2010; 36. [Internet] [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: http://www.cu.undp.org/content/cuba/es/home/library/mdg/odm_Nacional_2010.html
18. Naciones Unidas, Gobierno de Chile. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Tercer informe del Gobierno de Chile. [Internet] [Consultado 2015 Jun 21] Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/odm3infchile%202010.pdf>
19. Fernández A. Medios de comunicación y modelos de desarrollo: de la modernización al buen gobierno. Revista Científica Ciencias Humanas [Internet]. 2013;8,(24). [Consultado 2015 Jun 22] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70926716011>
20. Ricoy R. Internet, medios de comunicación, políticas públicas y género. Comunicación e Ciudadanía, [Internet] 2006;1. [Consultado 2015 Jun 22] Disponible en: http://pmayobre.webs.uvigo.es/pop/archi/profesorado/rosa_ricoy/internet.pdf
21. Rojas S. Medios de comunicación y políticas públicas: producción de conocimiento en Colombia. Revista Comunicación y Ciudadanía, [Internet] 2009;2:104-111. [Consultado 2015 Jun 22] Disponible en: http://portal.uexternado.edu.co/pdf/5_revistaComunicacionyCiudadania/CyC%202/SoniaRojas.pdf
22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [Consultado 2015 Dic 23]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
23. Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, Septiembre 1995. [Internet]. [Consultado 2015 Jul 30] Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
24. Naciones Unidas. Resolución sobre Programa de Acción Mundial para los Jóvenes. 1996. [Internet]. [Consultado 2015 Jul 30] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/publications/wpay2010SP.pdf>
25. Colombia. Presidencia de la Republica. Decreto 2737 de 1989, noviembre 27, por el cual se expide el Código del Menor. Bogotá: La Presidencia; 1989

26. República de Colombia. Congreso de la Nación Constitución Política de Colombia Bogotá: El Congreso; 1991. [Internet]. [Consultado 2015 Ago 01] Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/>
27. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 del 2000, respecto a expedición de normas técnicas, administrativas y guías de atención para el desarrollo de acciones y atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio; 2000.
28. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 03353 de 1993, la cual establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de Educación Sexual en la Educación básica del País. Bogotá: EL Ministerio; 1993.
29. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 115 de 1994 por la cual se expide la Ley General de Educación. [Internet]. Diario Oficial, 41.214 (Feb. 8 1994) [Consultado 2015 Jul 01] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=292>
30. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1860 de 1994, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994 en los aspectos pedagógicos y organizativos generales. [Internet] Diario Oficial, 41.480 (Ago 3 1994) [Consultado 2015 Jul 01] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1289>
31. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. República de Colombia. Bogotá: El Ministerio. 2003
32. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 375 de 1997 por la cual se crea la Ley de la Juventud. [Internet]. Diario Oficial 43.079 (jul 4 1997) [Consultado 2015 Jul 01] Disponible en: http://silvania-cundinamarca.gov.co/apc-aa-files/38343038653231326463333637333932/Ley_375_de_1997.pdf
33. Colombia. Congreso de la Republica. Ley Estatutaria 1622 de 2013 por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones. [Internet] Diario Oficial 48.776 (abr 29 2013) [Consultado 2015 Jul 01] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52971>
34. Colombia Joven [Internet]. Bogotá; 2014. [Consultado 2015 Jun 25]. Disponible en: <http://www.colombiajoven.gov.co/quehacemos/Paginas/prevencion-embarazo-adolescente.aspx>
35. Chile. Ministerio de Salud. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Santiago de Chile: El Ministerio; 2006. [Internet]. [Consultado 2015 Sep

10] Disponible en:
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf>

36. United States Agency International Development. Chile compra sus anticonceptivos con eficiencia bajo un sistema descentralizado. [Internet]. [Consultado 2015 Sep 10] Disponible en:
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadq875.pdf

37. Chile. Congreso Nacional. Ley 20418 del 2010, sobre la información, orientación y prestaciones en regulación de la fertilidad. Santiago: Secretaria de Salud Pública; 2010. [Internet] [Consultado 2015 Sep 10] Disponible en:
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>

38. Chile. Congreso Nacional. Ley 19688 del 2010, sobre el acceso a la enseñanza de las estudiantes embarazadas o que sean madres lactantes. Santiago: Tribunal Constitucional; (Jun 28 2000)

39. Chile. Presidencia de la Republica Decreto 789 de 1989, sobre adopción de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Santiago: Departamento de Relaciones Exteriores; 1989.

40. Chile. Secretaria General de la Presidencia. Ley 20285 y el Decreto 13 de 2009 reglamentan el acceso a la información pública. 2009.

41. República de Cuba Miembros de la comisión redactora. Constitución Política de 1976. La Habana: Asamblea Nacional del Poder Popular; 1976.

42. Mejía L, Franco A. Protección social y modelos de desarrollo en América Latina. Rev. Salud pública. [Internet]. 2007;9:3:471-483. [Consultado en 2015 Dic 23] Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300016

43. Pérez E, Sunkel O, Torres M. Raúl Prebisch: Un recorrido por las etapas de su pensamiento sobre el desarrollo económico. [Internet]. [Consultado en 2015 Dic 23]. Disponible en:
http://prebisch.cepal.org/sites/default/files/Etapas_pensamiento_Prebisch.pdf

44. Antunes R, Bello W, Brenner R, Estrada J, Fajardo N, et al. Crisis capitalista. Economía, política y movimiento. Bogotá: Espacio Critico; 2009.

45. Sánchez A, Espejel A, Carrión A, García C, Ballesteros C, Peinado C et al. Modelos de desarrollo en América Latina [Internet]. [Consultado en 2015 Dic 23]. Disponible en:
<http://www.traduzionisl.v.it/2008-2009-ma-deci->

um/Asignaturas/EconomiaDesarrolloSostenible/Trabajo%20Final/ModelosDesarrollo-EntregaFinal-04-05-09.pdf

46. Álvarez E. Cuba: Un modelo de desarrollo con justicia social. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas [Internet]. [Consultado en 2015 Dic 23]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/lasa98/AlvarezGonzalez.pdf>

47. Pérez O. La estrategia económica cubana: medio siglo de socialismo. Cahiers des Amériques latines. [Internet]. 2009: 31-35 [consultado en 2015 Dic 23] Disponible en: <https://cal.revues.org/1206>

48. Velásquez R. Hacia una nueva definición del concepto “Política Pública”. Desafíos [Internet]. 2009; (20): 149-187 [Consultado en 2015 Dic 23]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/investigacion/docs/Hacia%20una%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABlica.pdf>

49. Salazar C. La Definición de Política Pública. [Internet]. [Consultado en 2015 Dic 23]. Disponible en: http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc209/C_Salazar.pdf

50. Valencia G, Álvarez Y. La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación. Estudios Políticos, 33, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia [Internet]. 2008; 93-121. [Consultado en 2015 Dic 23]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5263710.pdf>

51. Roth A. Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: [Internet]. Ediciones Aurora; 2002. [Consultado en 2015 Dic 22]. Disponible en: http://190.242.114.8:8081/jspui/bitstream/11146/519/1/1094-Políticas%20publicas_Roth%20Andre%201.pdf

52. Gómez R. Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012; 30 (2): 223–236 [Consultado en 2015 Dic 22]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200011

53. Ayala C. Diez Conceptos Básicos en torno a los Medios de Comunicación. Realidad [Internet]. 2001; (84): 819-846 [Consultado 2015 Dic 23]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4022566>

54. Califano B. Los Medios de Comunicación, las Noticias y su Influencia sobre el Sistema. Sociedad [Internet]. [Consultado 2016 Ene 30]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870730015000046>

55. Hernández Sampieri R, Fernández- Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2006.
56. UNFPA, Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Política andina sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo. 2007 [Internet] [Consultado 2016 May 04] Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Pol%C3%ADtica%20Andina%20SSR%20Adolescentes%2022%20Noviembre%202012.Per%C3%BA.pdf>
57. Ulloa C. Tensiones y conflictos en las políticas reguladoras de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en México (2000 – 2012): el problema de la incorporación del principio de equidad y del derecho a la igualdad de género. Sociológica. 2014;(82): 125-150 [Internet] [Consultado el 2016 Jul 08] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v29n82/v29n82a4.pdf>
- 58 United States Agency for International Development USAID. Como hacer para que sus servicios de salud sean amigables para los jóvenes. 2014 [Internet] [Consultado el 2016 Jul 08] Disponible en: http://www.psi.org/wp-content/uploads/2014/05/PSI-YFHS-Guide_2014_Spanish.pdf
- 59 Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2001. [Internet] [Consultado el 2016 Jul 08] Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Habilidades.pdf>
- 60 Organización Mundial de la Salud, UNFPA. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Suiza. 2012 [Internet] [Consultado el 2016 Jul 08] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf
61. República de Colombia. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Fortalecimiento de la intersectorialidad para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Antecedentes, gestión y creación de la Comisión Nacional Intersectorial en Colombia. Bogotá. 2010 [Internet] [Consultado 2016 Jul 08] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Fortalecimiento-intersectorialidad-garantia-DSR.pdf>
- 62 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Washington. 2010. [Internet] [Consultado 2016 Jul 08] Disponible en:

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>

63. Organización Mundial de la Salud, Agencia de Salud Pública de Canadá. Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países. [Internet] 2008. [Consultado en 2016 Ago 14]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_es.pdf

64 Rodríguez E, Alvarado S, Ramírez C, Gómez A, Sánchez M, Botero P et al. Juventudes latinoamericanas: prácticas socioculturales, políticas y políticas públicas. Ciudad Libre de Buenos Aires: CLACSO; 2015 [Internet] [Consultado 2016 Jul 08] Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20150522115424/juventudes.pdf>

65 López M. Las paradojas del desarrollo, las políticas públicas y las viejas y nuevas desigualdades. Eleuthera. [internet]. 2011;5:146–157 [Consultado en 2016 Ago 14] Disponible en: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera5_10.pdf

66 Hernández L. Neoliberalismo y salud, que pasó en América Latina, la experiencia Cubana. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2002;28:3 [Consultado 2016 Abr 23] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300007

67. Molina R, Olavarria J. Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas. Polis [internet]. 2012;11:31:411-433. [Consultado en 2016 Ago 14] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682012000100022>.

68. Jiménez C, Muñoz J. Políticas públicas y el rol del Estado en los medios de comunicación en Chile. Enlaces: Revista del CES Felipe II [internet]. 2009;(10). [Consultado 03/02/16] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2897440>

69. Bácares C. Tipología y razones de aparición de la política pública de la infancia en Colombia 1930-2012. Revista Sociedad y Economía [internet]. 2014; (26): 93-120 [Consultado 2016 Feb 12]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-63572014000100005&lang=pt

70. Morales M. Adolescent pregnancy in Colombia, 1992-2006: a conflict about sexual rights. Rev. bioét. [internet]. 2011; 19 (2): 469-483 [Consultado 2016 Feb 4]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621814>

71. Morales M. Entre el control y la autonomía: Políticas de salud sexual de jóvenes y mujeres en Colombia, 1964 -1991 Av. enferm. [internet]. 2001; 29 (1):

130-142 [Consultado 2016 Feb 13]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000100013&lang=pt

72. Gallo N, García A, Molina D, Patiño L, Rodríguez F, et al. Tendencias en sexualidad y reproducción en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Colombia, 2003-2013. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2016.

73. Santana M. Revolución y salud del niño en Cuba. Rev. cuba. salud pública. [internet]. 2009; 35 (1) [Consultado 2016 Feb 12]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100008&lang=pt

74. Fleitas R. Contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba. Rev. cuba. salud pública. [internet]. 2003; 29 (3): 246-252 [Consultado 2016 Feb 12]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300008&lang=pt

75. Casas L, Ahumada C. Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment. Reproductive Health Matters [internet]. [Consultado 2016 Feb 12]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-19962642>

76. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2012-2020. [Internet]. 2012 [Consultado 2016 Feb 12]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>

77. Viveros M. Políticas de sexualidad juvenil y diferencias étnico- raciales en Colombia: Reflexiones a partir de un estudio de caso. Rev. Estud. Fem. [internet]. 2006; 14 (1): 149-168 [Consultado 2016 Feb 13]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000100009&lang=pt

78. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Organizaron Internacional para las Migraciones, OIM, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. [Internet]. 2014. [Consultado 2016 May 04] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

79. Family Care international, Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA, Organismo Iberoamericano de Juventud – OIJ, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, Agencia Española de Cooperación Internacional para

el Desarrollo. Jóvenes y derechos. Mensajes para incidir en la esfera pública. [Internet]. 2011 [Consultado 2016 May 04] Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2015/05/JOVENES-Y-DERECHOS-WEB.pdf>

80 Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2012-2020. [Internet]. 2012 [Consultado 2016 May 03] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>

81. Del Castillo S, Roth A, Wartski C, Rojas R, Chacón O. La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SRR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente. Rev. latinoam. cienc.soc.niñez juv. [internet]. 2008; 6 (1): 217-255 [Consultado 2016 Feb 04]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-559118>

82. Villa N. Televisión, jóvenes y políticas públicas. Aspectos clave de una relación que contribuye al desarrollo social. Revista Científica Electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del conocimiento [internet]. 2012; 1 (12) [Consultado 2016 Feb 04]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3973008>

83. Gobierno de Chile. Políticas Públicas para la Primera Infancia en Chile. Junta nacional de jardines infantiles. [Internet]. 2013 [Consultado 2016 Ago 14]. Disponible en: http://dds.cepal.org/proteccionsocial/pacto-social/2013-11-seminario-Costa-Rica/10_Correa_Chile.pdf

84. Morales M. Lo político de las políticas de salud sexual y reproductiva para jóvenes en Colombia. Rev. gerenc. políticas salud. [internet]. 2010; 9 (19): 69-89 [Consultado 2016 Feb 12]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000200006&lang=pt

85. Rodríguez F, Molina D. Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de Salud sexual y reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013. Rev. gerenc. políticas salud. [internet]. 2015; 14 (28): 10-30. [Consultado 2016 Feb 12]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272015000100002&lang=pt

86. Hernández N, Quiroz A. Revisión documental referente a las diversas investigaciones sobre la sexualidad de los jóvenes en Colombia. Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "Psicoespacios" [internet]. 2013; 7 (11): 38-75 [Consultado 2016 Feb 03]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4863336>

87. Quintana L, Bombino Y, Rodríguez G, Molina M, Peñalver N, Ávila N. Comportamiento en torno a la reproducción en la adolescencia. Acercamiento a sus condiciones. Rev. Nov. Pob. [internet]. 2014; 10 (19): 30-39 [Consultado 2016 Feb 13]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000100003&lang=pt

88. Ríos A. Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. Revista Salud Uninorte [internet]. 2008; 24 (2): 351-358. [Consultado 2016 Feb 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200017&lang=pt

Anexo 1. Tabla de resultados obtenidos tras búsqueda en bases de datos de acuerdo a cada país

BASE DE DATOS	PAIS	FECHA DE BUSQUEDA	PALABRA CLAVE	No RESULTADOS	
DIALNET	Colombia	03/02/16	Política pública y medios de comunicación	53	
			Modelos de desarrollo y política pública	74	
	Chile	03/02/16	Política pública y medios de comunicación	46	
			Modelos de desarrollo y política pública	57	
BIREME	Colombia	04/02/16	Embarazo adolescente y política publica	6	
	Chile	04/02/16	Embarazo adolescente y política publica	2	
SCIELO	Colombia	12/02/16	Política pública y medios de comunicación	7	
			Modelos de desarrollo y política pública	6	
			Embarazo adolescente y política publica	1	
			Política pública salud	111	
		13/02/16	Políticas y embarazo adolescente	5	
			Políticas y salud sexual	25	
		Chile	12/02/16	Política pública y medios de comunicación	1
				Modelos de desarrollo y política pública	1
	Embarazo adolescente y política publica			1	
	Política pública salud			33	
	13/02/16	Políticas y embarazo adolescente	1		
		Políticas y salud sexual	0		
	Cuba	12/02/16	Política pública y medios de comunicación	0	
			Modelos de desarrollo y política pública	4	

			Embarazo adolescente y política publica	0
			Política pública salud	56
		13/02/16	Políticas y embarazo adolescente	2
			Políticas y salud sexual	0
PUBMED	Colombia	13/02/16	Public policy and teens pregnancy	7
			Public policy and means communication	1
	Chile	13/02/16	Public policy and teens pregnancy	8
			Public policy and means communication	0
	Cuba	13/02/16	Public policy and teens pregnancy	5
			Public policy and means communication	0

Anexo 2 Tabla de publicaciones seleccionadas para análisis

ARTICULOS		
PAIS	BASE DE DATOS/ FUENTE	TITULO DE LA PUBLICACION
Colombia	BIREME	La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SRR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente
	SCIELO	Lo político de las políticas de salud sexual y reproductiva para jóvenes en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud
	DIALNET	Televisión, jóvenes y políticas públicas. Aspectos clave de una relación que contribuye al desarrollo social. Revista Científica Electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del conocimiento
	DIALNET	Revisión documental referente a las diversas investigaciones sobre la sexualidad de los jóvenes en Colombia. Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas
	DIALNET	Las Políticas Sociales en el Marco de la Constitución Política de 1991
	SCIELO	Políticas de sexualidad juvenil y diferencias étnico- raciales en Colombia: Reflexiones a partir de un estudio de caso
	SCIELO	Tipología y razones de aparición de la política pública de la infancia en Colombia 1930-2012
	SCIELO	Entre el control y la autonomía: Políticas de salud sexual de jóvenes y mujeres en Colombia, 1964 - 1991
	SCIELO	Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de Salud sexual y reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013
	BIREME	Adolescent pregnancy in Colombia, 1992-2006: a conflict about sexual rights
SCIELO	Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia	

Chile	SCIELO	Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas
	BIREME	Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment
	DIALNET	Políticas públicas y el rol del Estado en los medios de comunicación en Chile
	DIALNET	Nuevos roles de los gobiernos locales en la implementación de políticas públicas Gobernabilidad territorial y competitividad global
Cuba	SCIELO	Contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba.
	SCIELO	Revolución y salud del niño en Cuba
	SCIELO	Neoliberalismo y salud, que pasó en América Latina, la experiencia Cubana
	SCIELO	Comportamiento en torno a la reproducción en la adolescencia. Acercamiento a sus condiciones
POLITICAS PUBLICAS/ESTRATEGIAS		
Colombia	Ministerio Protección Social	Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos
	Colombia Joven	Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos para los niños, niñas adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años
	UNFPA	Jóvenes y derechos. Mensajes para incidir en la esfera pública
Cuba	CODAJIC	Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia
Chile	Ministerio de Salud	Programa Nacional de Salud Integral para Adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2012-2020
	Ministerio de Salud - FLACSO	Buenas Prácticas en Prevención de Embarazo Adolescente
Regional	Plan Andino	Política Andina sobre Salud Sexual y reproductiva para Adolescentes con Énfasis en Prevención del Embarazo

	OPS	Estrategia y plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018
	OMS	Prevenir el Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en Adolescentes en los Países en Desarrollo: Las Evidencias

Anexo 3 Ficha de lectura para el análisis de publicaciones y artículos

FICHA DE LECTURA

Código:

MONOGRAFIA: MODELOS DE DESARROLLO Y MEDIOS DE COMUNICACION
FRENTE A LAS POLITICAS DE PREVENCION DEL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA

Especialización en Salud Internacional
Facultad Nacional de Salud Pública” Héctor Abad Gómez”
Universidad de Antioquia

Estudiante:

Asesor:

1. DATOS DE REFERENCIA

1.1. Territorio de aplicación

1.2. Tipo de política

1.3. Título

1.4. Autor/es:

1.5. Año:

1.6. Referencia

1.7. Fecha de búsqueda

2. OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Identificar los modelos de desarrollo, las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes y los medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de estas últimas en Colombia, Chile y Cuba

2.1 Modelo de desarrollo

--

2.2 Medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de políticas públicas

--

2.3 Descripción de la política pública

--

3. OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Reconocer la relación de los modelos de desarrollo en la elaboración y ejecución de políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes

3.1 Relación entre el modelo de desarrollo con las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente

--

4. OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Reconocer el papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de políticas públicas frente al embarazo en adolescentes

4.1 Papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de las políticas públicas

--

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

--

Anexo 4. Ficha de lectura para el análisis de políticas publicas

MONOGRAFIA: MODELOS DE DESARROLLO Y MEDIOS DE COMUNICACION
FRENTE A LAS POLITICAS DE PREVENCION DEL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA

Especialización en Salud Internacional
Facultad Nacional de Salud Pública” Héctor Abad Gómez”
Universidad de Antioquia

Estudiante: _____

Asesor: _____

6. DATOS DE REFERENCIA DEL ARTICULO

6.1. Tipo de artículo:

Artículo de investigación

Artículo de revisión

Revisión de tema

Otro _____

6.2. Idioma del artículo:

Español

Inglés

6.3. Título del artículo:

6.4. Autor/es:

6.5. Nombre de la revista:

1.5.1. Volumen _____

1.5.2. Número _____

1.5.3. Año _____

1.5.4. Mes _____

1.5.5. Páginas _____

6.6. Base de datos

6.7. Referencia

6.8. Palabras claves

6.9. Fecha de búsqueda

7. OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Identificar los modelos de desarrollo, las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes y los medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de estas últimas en Colombia, Chile y Cuba

2.1 Modelo de desarrollo de Colombia

2.2 Modelo de desarrollo de Chile

2.3 Modelo de desarrollo de Cuba

2.4 Políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente en Colombia

2.5 Políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente en Chile

2.6 Políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente en Cuba

2.7 Medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de políticas públicas en Colombia

2.8 Medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de políticas públicas en Chile

2.9 Medios de comunicación empleados para la difusión e implementación de políticas públicas en Cuba

8. OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Reconocer la relación de los modelos de desarrollo en la elaboración y ejecución de políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en adolescentes

3.1 Relación entre el modelo de desarrollo de Colombia con las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente

3.2 Relación entre el modelo de desarrollo de Chile con las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente

3.3 Relación entre el modelo de desarrollo de Cuba con las políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente

9. OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Reconocer el papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de políticas públicas frente al embarazo en adolescentes

4.1 Papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de las políticas públicas en Colombia

4.2 Papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de las políticas públicas en Chile

--

4.3 Papel de los medios de comunicación en la divulgación y ejecución de las políticas públicas en Cuba

--

10. OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Comparar el desarrollo e implementación de las políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes de Colombia, Chile y Cuba, en virtud de los logros y dificultades identificados en relación a los modelos de desarrollo y los medios de comunicación

5.1 Comparación entre las políticas de prevención del embarazo adolescente en Colombia, Chile, Cuba

--

5.2 Logros y dificultades de las políticas públicas en Colombia

--

5.3 Logros y dificultades de las políticas públicas en Chile

--

5.4 Logros y dificultades de las políticas públicas en Cuba

--

11. INFORMACIÓN ADICIONAL

--