

**Diferentes teorías causales: el principal fallo en el diseño de la Política Pública de
Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín, Colombia, entre 2004 y 2011**

Johana Jaramillo Palacio

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Magíster en Gobierno y Políticas Públicas**

Asesor: Mg. Carlos Andrés Olaya Mesa

**Maestría en Gobierno y Políticas Públicas
Escuela de Humanidades
Universidad EAFIT
2017**

Tabla de contenido

Introducción	4
Problema social	4
Problema de investigación.....	7
Capítulo 1. Marco teórico.....	9
1.1 Problemática y causas del embarazo adolescente	9
1.2 Fallos en la implementación.....	13
Capítulo 2. Los fallos en la implementación y las teorías causales del embarazo adolescente	19
Capítulo 3. Hallazgos	20
3.1 Proyecto Sol y Luna	20
3.2 Red de Prevención de Embarazo Adolescente de Medellín	22
3.3 Acuerdo 23 de 2011 del Concejo de Medellín: Implementación de la Política Pública de prevención de embarazo adolescente en la ciudad de Medellín.....	25
Conclusiones y recomendaciones.....	26
Bibliografía	28
Tablas	30
Figuras	30

Diferentes teorías causales: el principal fallo en el diseño de la Política Pública de Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín, Colombia, entre 2004 y 2011

Johana Jaramillo Palacio

Resumen

La política pública de prevención de embarazo adolescente de Medellín (2004-2011) estuvo integrada por el proyecto Sol y Luna, adscrito a la Alcaldía de Medellín; por la conformación de la Red de Prevención de Embarazo Adolescente de la ciudad y por el Acuerdo 23 de 2011 del Concejo de Medellín por medio del cual se implementa la política pública integral de prevención y atención de madres adolescentes. Estos proyectos, acciones e iniciativas presentaron multiplicidad de teorías causales en su implementación, demostrando su principal fallo en el conocimiento deficiente sobre las conexiones causales que afectan su cumplimiento, ocasionando que los objetivos fueran diversos y no compartidos entre los mismos actores involucrados en la implementación de la política pública, en la discontinuidad en dichos programas y proyectos y en la escasa posibilidad de que los instrumentos públicos seleccionados por ellos fueran susceptibles de trabajarse mancomunadamente para cumplir el objetivo de lograr una disminución efectiva de los índices de embarazo adolescente en la ciudad.

Palabras clave: embarazo, política gubernamental, adolescencia.

Abstract

Public policy of prevention of adolescent pregnancy in Medellín between 2004 and 2011 was integrated by the project Sol y Luna attached to the Mayor's Office of Medellín, for the formation of the city's Network of Prevention of Adolescent Pregnancy and by the Agreement 23 of 2011 of the Council of Medellín by means of which the integral public policy of prevention and attention of adolescent mothers was implemented. These projects, actions and initiatives nevertheless presented a multiplicity of causal theories in their implementation, demonstrating their main failure in poor knowledge about the causal connections that affect their compliance, causing the objectives to be diverse and not shared among the same actors involved in the implementation of public policy, discontinuity in such programs and projects, and the limited possibility of the public instruments selected by them to be able to work together to meet the goal of achieving an effective reduction of teen pregnancy rates in Medellín.

Key words: pregnancy, government policy, adolescence.

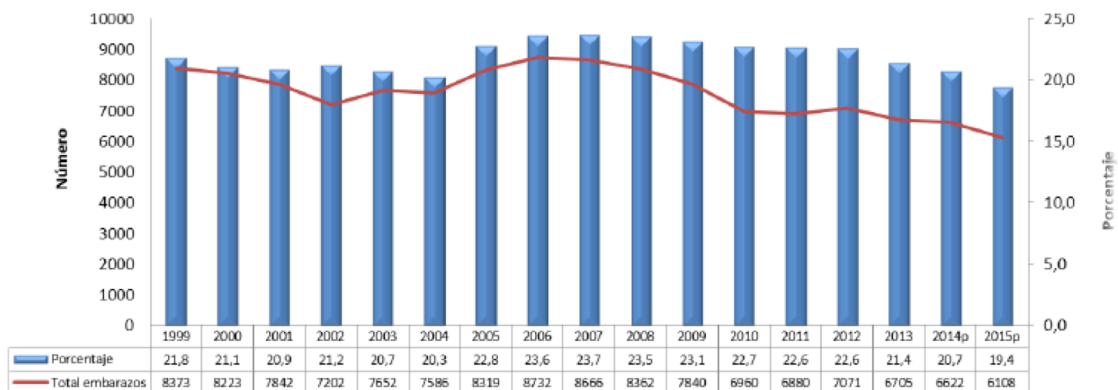
Introducción

Problema social

En Medellín el porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes ha tenido un comportamiento fluctuante que, «aunque [...] ha disminuido, aún permanece en niveles elevados, realidad que independiente de su magnitud cuantitativa siempre va a ser preocupante por las implicaciones, a mediano y largo plazo, que representa para la joven y su hijo(a)» (López, 2015, pág. 119).

En 1999 la ciudad tenía un total de 8.373 casos de embarazos adolescentes, presentando un decrecimiento hasta 2002 con 7.202 casos. Sin embargo, desde entonces y hasta 2006, los casos de embarazo en esta población aumentan, terminando este año con un total de 8.732 casos reportados.

Luego de 2006 los casos de embarazo empiezan a decrecer, con un año intermedio como 2010 con 6.960 para finalizar en 2015 con el menor número de casos de embarazo adolescente con 6.108 embarazos.



Fuente: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.
 * Datos preliminares, 2015 datos proyectados a 31 de diciembre de 2015

Figura 1. Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años en Medellín entre 1999 y 2015.
 Fuente: Registro Único de Afiliados- RUAF. Secretaría Salud de Medellín

Asimismo, los casos de embarazo adolescente se presentan sin exclusión alguna:

Este fenómeno, que se podría catalogar de endémico, se presenta en la ciudad en niveles altamente dispares entre las comunas y los corregimientos así: El Popular es la comuna con la más alta tasa de fecundidad adolescente (63,1 %), la cual supera en 57 puntos porcentuales a la comuna de El Poblado (6,15 %), la de menor tasa de fecundidad. Esta problemática que aqueja principalmente a 10 de las 16 comunas: Popular (63,1 %), Santa Cruz (48,4 %), Manrique (48,5 %), La Candelaria (41,5 %), Aranjuez, Robledo (43,2 %), Villa Hermosa (44,7 %), San Javier (42,5 %), Guayabal y el Doce de Octubre, aquellas con el nivel socioeconómico más bajo (estratos 1 y 2), a excepción de Guayabal (estrato 3). Palmitas es el corregimiento con los más altos índices en relación con esta problemática. (López, 2015, pág. 119)

Además de estas cifras, es importante resaltar una condición social que se presenta con el embarazo precoz y es el ciclo intergeneracional de la pobreza que lo causa, ya que la reincidencia —o como lo llaman algunos autores: el embarazo subsecuente¹— a temprana edad es constante, y al no tener educación, las madres gestantes están obligadas a desempeñar empleos menos productivos, influyendo en la economía del país, pues al no contar con un trabajo bien remunerado se disminuyen los ingresos de los sistemas de pensiones y tributarios.

Asimismo, el impacto en los costes de la salud pública en los gobiernos es alto puesto que los niños de madres menores de quince o dieciséis años suelen tener más bajo peso, más complicaciones de tipo respiratorio, etcétera. La tasa de mortalidad infantil, de niños que mueren antes, durante o después del parto, es mucho mayor que en edades de mujeres más adultas, y el riesgo de morir antes, durante o después del parto es cuatro veces mayor entre las menores de dieciséis años que en las mayores de veinte (El Mundo, 2011).

El embarazo adolescente es una problemática transversal que afecta a los gobiernos, a las familias y a nosotros como ciudadanos. Sus historias se repiten una y otra vez en la ciudad. El caso de Manuela no es distinto al de miles de adolescentes que ahora deben enfrentar una maternidad. Ella tiene catorce años y seis meses de embarazo, cursa décimo grado y vive en Medellín, en el barrio Granizal, de la comuna 1:

Mi embarazo fue un accidente. Me di cuenta cuando tenía como dos meses; le dije a mi novio que me acompañara a hacerme una prueba y sí, salió positiva. Yo no me cuidaba porque mi mamá no me dejaba, me decía que planificar desde tan temprano era peligroso; así les pasó a unas primas mías, se pusieron a planificar desde muy niñas y cuando iban a tener hijos tuvieron muchos problemas. (Torres, 2011)

¹ El embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad se entiende como embarazo subsecuente adolescente con riesgos de salud para el binomio madres – hijo. UNICEF – Universidad de los Andes / Embarazo subsecuente en la adolescencia.

Nuestro país, ha hecho esfuerzos constitucionales relevantes que permitan la protección y atención de esta población. Desde la Constitución Política de 1991 el artículo 44 establece los derechos fundamentales de los niños y las niñas, ratificando la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña (Constitución Política de Colombia), lo que supone una gran transformación social, al reconocer a niños, niñas y adolescentes como protagonistas de su propio desarrollo y no una posesión de sus padres y familias.

Sin embargo, solo hasta 2006 el Congreso de la República de Colombia aprueba la nueva Ley 1098 de Infancia y Adolescencia que tiene como objeto:

Establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. (Congreso de la República, 2006)

Asimismo, partiendo de la base de infancia y adolescencia, y atendiendo uno de sus problemas se empieza a trabajar en la prevención del embarazo adolescente desde diversas concepciones. La primera por señalar es la creación del Conpes Social 147 de 2012, documento de política social en donde se establecen unos lineamientos específicos para la prevención del embarazo adolescente. La segunda a describir es la creación de la Red de Prevención de Embarazo Adolescente, en Medellín, entre los años 2003 y 2004, consolidada por la suma de más de veinte entidades públicas privadas. El trabajo en la Red tuvo como objeto articular a las anteriores entidades en el planteamiento y el desarrollo de estrategias que propendan por la prevención del embarazo en los adolescentes.

Más tarde, en 2007, la Alcaldía de Medellín creó el proyecto Sol y Luna para el mejoramiento de la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva para los jóvenes, la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y mayor cobertura en la educación, la información y la comunicación de estos (El Mundo, 2008). Sin embargo, el proyecto realizó ajustes considerables con el cambio de administración y no continuó.

En el 2011 el Concejo de Medellín expide el Acuerdo 23 de 2011 que propone la adopción de la política pública de prevención del embarazo infantil y adolescente con la finalidad de que la ciudad, por medio de sus instituciones más representativas y encabezadas por el concejo municipal genere espacios que permitan construir una cultura de prevención del embarazo en menores de edad para toda la comunidad (Concejo de Medellín, 2010). Luego de este acuerdo, la

administración del siguiente alcalde, Aníbal Gaviria Correa, crea el proyecto Jóvenes por la Vida 2012-2015, que finaliza a la par que su mandato sin continuidad alguna.

De esta forma, el embarazo adolescente se presenta como un problema perverso (*wicked problem*) que afecta no solo a una generación, sino a tres: tanto la de la madre gestante, la del niño o niña por nacer como a la familia circundante cuidadora de la adolescente en embarazo. También, la adolescente gestante se convierte en un *issue* gubernamental relevante que exige la participación de varias dependencias, ya que es un asunto completamente transversal a líneas como educación, salud, infancia y adolescencia, juventud, mujeres, entre otras, para su tratamiento, demandando en sí mismo esfuerzos financieros y humanos altos por parte de las administraciones.

Este *wicked problem* exige la participación de la sociedad, dando oportunidades a los jóvenes adolescentes para que encuentren un proyecto de vida que los ayude a crecer como ciudadanos; requiere también el esfuerzo de las familias, para que de ellas se fortalezca el aprendizaje de valores; y de las instituciones educativas que están llamadas a formarlos no solo académicamente sino en educación sexual y reproductiva.

Problema de investigación

Teniendo bases normativas nacionales, entre estas un Conpes Social de Prevención de Embarazo Adolescente, también la realización de programas y campañas por parte de la Alcaldía de Medellín durante varias administraciones, la consolidación de una red interinstitucional en la ciudad conformada por más de veinte entidades tanto públicas como privadas, los esfuerzos se han terminado sin atender la problemática en el largo plazo y sin saber las razones por las que no continuaron.

Asimismo, aunque exista un acuerdo municipal que ordene la implementación de una política pública de prevención de embarazo adolescente en Medellín, la alcaldía aún no implementa dicha política con instrumentos públicos claros que den continuidad a los esfuerzos realizados, desconociendo las razones por las cuales los mismos fallaron en su permanencia. De esta manera, debemos entender la implementación como una habilidad para «forjar eslabones» en una cadena causal y así poner las políticas públicas en práctica (Parsons, 2007)

Es por esto que este estudio es único. Según Jessop (2007) existe mucho trabajo en el fracaso del mercado y el fracaso del Estado, pero comparativamente poco en las formas y causas del fracaso de la gobernanza (Jessop, 2007, pág. 381) y este trabajo es claramente uno de ellos. En

segundo lugar, porque no existe registro que exponga lo que aconteció y permita describir las razones por las cuales se presentaron esos fallos y además conocer qué pasó con los esfuerzos realizados por estas entidades, para proponer soluciones y líneas de acción que logren en un futuro la implementación de la política pública con programas y campañas pedagógicas, psicológicas y sociales que ayuden a la prevención de los embarazos en adolescentes en Medellín.

Es relevante señalar que esta tesina trabaja las acciones y los programas que empiezan a desarrollarse en la ciudad desde 2004, año en el que la administración municipal deja atrás el tratamiento de este problema perverso fuera de las solas estadísticas de la Secretaría de Salud del municipio y realmente aborda el tema creando la Red de Prevención de Embarazo Adolescente y el proyecto Sol y Luna. Y culminará su trabajo de investigación en 2011, año en el que se expide el acuerdo municipal que implementa la Política Pública de Embarazo Adolescente, aunque en años anteriores se haya abordado el tema de manera más amplia por diversas instituciones, tal como se describió en párrafos preliminares.

Asimismo, he decidido trabajar la categoría de los adolescentes entre los diez y los diecinueve años de edad, comprendida así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y clasificada de esta forma: adolescencia temprana, período comprendido entre los diez y los trece años de edad; adolescencia media, entre los catorce y los dieciséis años; y adolescencia tardía, de diecisiete a diecinueve años (Alcaldía de Medellín-Red de Prevención de Embarazo Adolescente, 2007).

En esa perspectiva esta investigación pregunta cuál fue el principal fallo en la implementación de la Política Pública de Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín, Colombia, de 2004 a 2011; en aras de comprobar la hipótesis que plantea que el principal fallo en la implementación de la Política Pública de Prevención del Embarazo Adolescente se presentó por la existencia de múltiples teorías causales alrededor de la prevención del embarazo adolescente. De ahí que los objetivos sean diversos y no compartidos entre los actores involucrados en la implementación de la política pública.

Esta investigación describe el principal fallo en la implementación de la Política Pública de Prevención del Embarazo Adolescente desde 2004 hasta 2011 en Medellín, Colombia. Además, identifica los actores involucrados en la realización de las acciones de implementación de la política pública que trabajaron por la prevención del embarazo adolescente en la ciudad de Medellín; reconstruye las diferentes teorías causales y los objetivos de la implementación de la política

pública; y propone recomendaciones que permitan superar los fallos en la implementación de la política pública de prevención de embarazo adolescente.

Capítulo 1. Marco teórico

1.1 Problemática y causas del embarazo adolescente

Según Posada (2004) el inicio de la cada vez más temprana actividad sexual de los adolescentes suele carecer de una información integral que, además de tocar los aspectos científicos sobre la sexualidad y la salud reproductiva, incluya temas sobre los derechos y las responsabilidades correlativos, situación a la cual se suman barreras culturales, morales y religiosas, además de las falencias de la educación formal y no formal.

Mientras mensajes como la belleza, la moda y el consumo a través del cuerpo femenino son dirigidos particularmente a la población más favorecida, en los contextos más pobres permanecen los estereotipos de género según los cuales la maternidad es la máxima realización femenina. En este sentido, para una gran parte de las adolescentes de los estratos más pobres el embarazo, más que una opción, es el resultado de la falta de opciones de desarrollo personal en todos los sentidos, aun cuando muchas consideren que su embarazo es deseado. (Posada, 2004, pág. 6)

Otro de los estudios obligados en la literatura sobre la problemática en cuestión es el documento de Flórez C. V. (2004). Este considera que aunque la planificación familiar juega un papel importante, otra causa para analizar es que su uso empieza después de que han iniciado relaciones sexuales. Así, una mayor proporción de las adolescentes del estrato bajo inicia relaciones sexuales, no hace planificación familiar ni usa métodos anticonceptivos, se une en pareja y son madres mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto. El documento sugiere que:

Este comportamiento diferencial está relacionado con las percepciones sobre la maternidad, pues mientras que las adolescentes de estrato alto consideran que esta debe darse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y de pareja, las adolescentes de estrato bajo la consideran como una forma de reconocimiento y aceptación social, y una opción de conformar una verdadera familia. (Flórez, Vargas, Henao, González, Soto, & Kassem, 2004, pág. 112)

Asimismo, en la investigación *Factores de riesgo para embarazo adolescente* (Gázquez, 2008), la autora lista la diferencia entre los factores estructurales, los factores individuales y los factores institucionales. Sobre los primeros, hace una reflexión sobre factores riesgo como la situación del conflicto armado, la violencia urbana y el desplazamiento, las mujeres y los hombres

en ejercicio de la prostitución, la prostitución infantil² y otras formas de explotación sexual, así como la situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud, empleo e inadecuada formación en salud sexual reproductiva.

También, en los factores estructurales de riesgo encontramos a la familia como un factor determinante para el desarrollo del adolescente y que está cambiando en varios países hacia los hogares encabezados por mujeres. Sin embargo, estas condiciones de vida pueden tener una implicación negativa en la situación de los jóvenes, particularmente porque la incidencia de la pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres (Gázquez, 2008, pág. 53).

En los factores individuales, Gázquez (2008), así como los otros autores descritos en párrafos anteriores, contempla también que el inicio precoz de las relaciones sexuales es otra condición de riesgo importante, dada generalmente por el afán de compartir y de experimentar la sexualidad y el cuerpo, además de la presencia de la menarca temprana (primera menstruación) que otorga madurez reproductiva a la joven. Asimismo, las adolescentes gestantes buscan en la maternidad el reconocimiento, la afirmación social y la afectividad por parte de la figura paterna; además sufren de presión a ejercicios de la sexualidad temprana que influyen en su autoestima.

Por último, en los factores institucionales se describen como principales el déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva, el desconocimiento en los derechos en salud y los inadecuados horarios de prestación de servicios para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan.

Mucho más reciente, y asociada a la anterior, es la investigación *Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia* (Flórez & Soto, 2013), que tomó como fuente las Encuestas de Demografía y Salud (ENDS) de 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010; argumentando que:

Ante el poco e inapropiado uso de los métodos anticonceptivos, el poco efecto de los programas en educación sexual y la incidencia de factores psicosociales y socioculturales, la investigación retoma entonces los determinantes del embarazo adolescente ya mencionados y los asocia a dichos factores individuales (psicosociales, socioculturales, socioeconómicos), interpersonales (hogar, de los pares) y contextuales (comunidad y política social), los cuales a su vez se relacionan con los determinantes próximos de la fecundidad, es decir, el inicio de relaciones sexuales y la unión, el uso de métodos anticonceptivos, y aborto, principalmente, así como con los factores macro y microsociales mencionados con anterioridad. (Flórez, Vargas, Henao, González, Soto, & Kassem, 2004, pág. 10)

² Así lo llama la autora, aunque se le reconoce como explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA).

Según la ENDS de 2010, el 70 % de las madres adolescentes estaban o habían estado en unión, lo cual sugiere que la mayor parte de los embarazos tempranos ocurre dentro de las uniones. Además de ello, muestra que:

Se da una disociación entre inicio de relaciones sexuales, unión y maternidad, la cual se ha venido ampliando en los últimos 15 años. Asimismo han aumentado las relaciones sexuales y el nacimiento de hijos antes de la unión. Según esto, el número de mujeres embarazadas después de constituida la unión baja de 75 % en 1995 a 58 % en 2010, mientras que el porcentaje de embarazadas nunca unidas aumenta de 20 % en 1995 a 34 % en 2010. (Flórez & Soto, 2013, pág. 24)

Respecto a la proporción de embarazo adolescente, se encontró que para 2010 fue de un 21,1 %; el aumento se dio en todos los grupos de edad, pero especialmente en adolescentes entre los diecisiete y los dieciocho años de edad.

La prevalencia del embarazo adolescente entre el total de adolescentes ha aumentado de 18 % a 21 % entre 1995 y 2010, y ha disminuido de 62 % a 42 % entre aquellas expuestas al riesgo de embarazo (con inicio de relaciones sexuales, ya sea unidas o no). Este descenso es más evidente entre las adolescentes nunca unidas con actividades sexuales, mientras que ha permanecido constante entre las alguna vez unidas. El descenso del embarazo adolescente entre las adolescentes expuestas (unidas y no unidas pero sexualmente activas) implica un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en este grupo entre 1995 y 2010. El uso de métodos modernos aumentó de 63,1 % a 87,2 % entre las mujeres de quince a diecinueve años actualmente unidas, y de 66,9 % a 95,3 % entre las no unidas pero sexualmente activas. Lo anterior sugiere que, para disminuir la prevalencia del embarazo entre todas las adolescentes, se requiere disminuir mucho más la prevalencia entre las expuestas al riesgo de embarazo, es decir, aquellas alguna vez unidas y las nunca unidas pero con inicio de relaciones sexuales (Flórez & Soto, 2013, págs. 29-30).

Concluyen las autoras que el embarazo adolescente disminuye en la medida que aumenta el nivel educativo y la asistencia escolar, los niveles de riqueza del hogar y educativo de la madre, es decir, los factores protectores, lo que confirma la asociación entre embarazo adolescente y la condición socioeconómica y el contexto familiar de la adolescente (Flórez & Soto, 2013, pág. 34).

En síntesis, algunas de las causas del embarazo adolescente se pueden observar en la Tabla 1:

Tabla 1. Causas del embarazo adolescente.

El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales.	(Posada, 2004)
	(Gázquez, 2008, pág. 53)
Los diferentes factores sicosociales (carencia afectiva, inseguridad, baja autoestima), socioculturales y socioeconómicos (estrato social, condiciones laborales de los padres), interpersonales (hogar, de los pares) y contextuales (comunidad y política social) de los adolescentes.	(Posada, 2004, pág. 9)
La falta de educación o bajo nivel educativo tanto de los padres como de los adolescentes, principalmente de los que viven en estratos bajos.	(Flórez, Vargas, Henao, González, Soto, & Kassem, 2004)
	(Gázquez, 2008, pág. 53)
En los contextos más pobres se aumenta el riesgo de la maternidad sea:	
a. Por la falta de opciones de desarrollo personal de los adolescentes.	(Posada, 2004, pág. 6)
b. Porque consideran el embarazo como una forma de reconocimiento y aceptación social, y una opción de conformar una verdadera familia.	(Flórez, Vargas, Henao, González, Soto, & Kassem, 2004, pág. 112)
c. Porque permanecen los estereotipos de género según los cuales la maternidad es la máxima realización femenina.	(Posada, 2004, pág. 6)
La planificación familiar es tardía, su uso empieza después de que han iniciado relaciones sexuales. Además de la creencia infundada que los métodos anticonceptivos no se necesitan en la primera relación.	(Flórez, Vargas, Henao, González, Soto, & Kassem, 2004)
El efecto limitado que ha tenido la educación sexual que se imparte en los colegios en el país.	(Flórez, Vargas, Henao, González, Soto, & Kassem, 2004)
La situación de orden social de las ciudades, el conflicto armado, la violencia urbana y el desplazamiento.	(Gázquez, 2008, pág. 52)
La relación de desatención, desamor y violencia intrafamiliar que viven muchas adolescentes en sus hogares, además de vivir en familias disfuncionales (uniparentales o con conductas promiscuas).	(Gázquez, 2008, pág. 53)
La explotación sexual, el alcoholismo, la adicción a sustancias psicoactivas.	(Gázquez, 2008, págs. 52-54)

Ante una familia disfuncional el joven intenta escapar de situaciones conflictivas en el hogar.	(Gázquez, 2008, pág. 53)
Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva, el desconocimiento en los derechos en salud y los inadecuados horarios de prestación de servicios para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan.	(Gázquez, 2008, pág. 54)
El inicio de uniones tempranas entre adolescentes.	(Flórez & Soto, 2013)
El poco e inapropiado uso de los métodos anticonceptivos	(Flórez & Soto, 2013, pág. 10)
La existencia demostrada de una disociación entre inicio de relaciones sexuales, unión y maternidad.	(Flórez & Soto, 2013, pág. 24)
La sobreexigencia en el crecimiento y la iniciación temprana para asumir responsabilidades adultas, económicas y de crianza.	(Gázquez, 2008, pág. 53)
Mayor tolerancia del medio al embarazo adolescente.	(Gázquez, 2008, pág. 53)

1.2 Fallos en la implementación

Luego de presentar las sustentaciones pertinentes sobre la problemática del embarazo adolescente y sus principales causas, es importante ostentar por qué las diferentes teorías causales pueden ser el principal fracaso en la implementación de programas, proyectos, acciones y políticas públicas que han buscado la reducción de los índices de embarazo adolescente.

Aunque existe mucho trabajo en el fracaso del mercado y en el fracaso del Estado, comparativamente existe poco en las formas y causas del fracaso de la gobernanza. Esto implica el fracaso del tipo de deliberación auto-reflexiva y auto-organización que ocurre en redes, asociaciones público-privadas, corporativismo, gobierno de interés privado, desregulación regulada, etc (Jessop, 2007, pág. 381)

Pero lo primero que debe entenderse es qué es la implementación, concepto que tiene múltiples significados para los autores. Para Parsons (2007) es en esencia una habilidad para «forjar eslabones» en una cadena causal y así poner las políticas públicas en práctica, así como un proceso evolutivo y de aprendizaje (Parsons, 2007, pág. 484). Para Weber la implementación es el ejercicio repetido y difundido del proceso de pensamiento llamado «operacionalización», o el ejercicio de organización de ingeniería o diseño llamado «programación».

Wildavsky (1998) por ejemplo, asegura que según el modelo de interacción, la implementación es la continuación de la política por otros medios. Y conforme al modelo de planeación, implementación es una extensión del diseño organizacional. Asimismo asevera que la

implementación convierte en realidad las metas de unas políticas; o la implementación transforma las prescripciones en resultados (Wildavsky & Pressman, 1998, pág. 268).

Es así como, no puede existir formulación sin implementación, y pierde efectividad la implementación si las metas no están claramente definidas y entendidas cabalmente, los recursos no están disponibles, la secuencia de órdenes no es capaz de ensamblar y controlar los recursos, y el sistema no es capaz de comunicar efectivamente y controlar a los individuos y las organizaciones que participan en el desempeño de las tareas. (Parsons, 2007, pág. 459)

Para Parsons (2007) existen seis condiciones para la implementación efectiva de los objetivos legalmente establecidos de una política pública. Aunque no exista una sola forma de mirar los problemas de la implementación, el primero de ellos es que los objetivos deben ser claros y consistentes, además de constituirse como un estándar de evaluación legal y referencia.

En segundo lugar, deben incorporar una teoría causal adecuada, lo que significa que las políticas públicas deben estar respaldadas por una teoría sobre cómo lograr el cambio. Es así como algunos fracasos de implementación pueden explicarse satisfactoriamente por insuficiencias de la teoría. Esto sugiere que ciertas propiedades objetivas de unas políticas, como su contenido esencial y su teoría, deben incluirse entre las variables que se utilizan para explicar los resultados de la implementación (Wildavsky & Pressman, 1998, pág. 276).

La tercera condición para Parsons es que deben contener unas estructuras de implementación legalmente estructuradas a fin de fomentar el cumplimiento de aquellos a cargo de su implementación. La cuarta condición es que se requieren implementadores comprometidos y capaces, dedicados a usar su discreción con miras al cumplimiento de los objetivos de las políticas públicas.

Sobre este aspecto, Jessop (2007) argumenta que: «Los fallos en la implementación obligan a que los actores también reflexionen sobre sus fracasos, ajusten sus proyectos y consideren si deben modificarse los modos de coordinación individuales o si debe establecerse un nuevo equilibrio entre ellos».

Como quinta condición, se requiere el apoyo de los grupos de interés y soberanos en el poder legislativo y ejecutivo. Y como última condición, encontramos que los cambios socioeconómicos que no menoscaben el apoyo de los grupos y los soberanos ni subviertan la teoría causal que da soporte a las políticas (Parsons, 2007, pág. 505)

Asimismo, Wildavsky argumenta que:

- a. El encadenamiento directo entre decisión y acción rara vez se observa, por lo que

- b. dicho encadenamiento, más multilínea que unilínea debería elaborarse en función de cada eslabón de la compleja y gran cadena que representa la instrumentación, y
- c. sugieren que dicha etapa no pueda desligarse tajante y abiertamente al proceso de formulación. (Wildavsky & Pressman, 1998, pág. 6)

Eugene Bardach (como es citado en L. Weimer & R. Vining, 2011) proporciona una metáfora útil para la implementación: un proceso de ensamblaje que envuelve esfuerzos para asegurar elementos esenciales de quienes los controlan. La metáfora sugiere la generalización de que entre más numerosos y variados son los elementos que deben ser ensamblados, mayor es el potencial de problemas de implementación.

Del mismo modo, Jessop (2007) explica cuatro factores detrás del fracaso de la gobernanza, los cuales se convierten en pieza fundamental para conocer los fallos en la operacionalización de las políticas públicas. (Jessop, 2007, págs. 381-382). El primero aduce a la hipersimplificación. El autor considera que las condiciones exitosas pudieron ser simplificadas excesivamente. También Wildavsky (1998) aduce esta causa explicándola así:

Nosotros simplificamos en exceso [...] tan pronto como un programa está en marcha, los implementadores se vuelven responsables tanto de las condiciones iniciales como de los objetivos hacia los cuales se supone que van a conducir (Wildavsky & Pressman, 1998, pág. 264).

Continuando con Jessop (2007), en segundo lugar considera que pueden presentarse problemas de coordinación dentro y a través de los niveles interpersonales, interorganizacionales e intersistémicos donde se adopta la gobernabilidad, con la dificultad de que estos niveles suelen estar relacionados de formas complejas. Sobre este aspecto Wildavsky (1998) interpreta como un determinante del éxito o del fracaso de la implementación, los beneficiarios a quienes va dirigida la política, pues no todos están de acuerdo en cooperar con ese fin, ni pueden ser coaccionados, persuadidos o inducidos a ello.

De hecho, muchas políticas públicas han enfrentado graves problemas de implementación, debido a que fracasan en el reconocimiento de la complejidad de la primera línea de implementación y de alinear los incentivos de los empleados de primera línea de un nuevo programa o política (L. Weimer & R. Vining, 2011, pág. 288).

El tercer factor referido por Jessop (2007), es la comunicación como un elemento relevante organizacional, en el cual pueden abrirse brechas entre los representantes que participan en la comunicación (redes, negociación, etc.) y aquellos cuyos intereses e identidades están siendo representados. Y como último y cuarto factor, también el autor aduce que donde existen varios

mecanismos de gobernanza distintos para abordar cuestiones interdependientes, pueden surgir problemas debido a definiciones inconsistentes de los objetos de gobierno, a diferentes horizontes espaciales y temporales de acción debido a su asociación con diferentes intereses y equilibrios de fuerza (Jessop, 2007, pág. 382).

Asimismo, Wildavsky y Pressman (1998) concatenan varias razones por las que se presentan fracasos en la implementación de políticas públicas, a la luz del análisis realizado sobre el programa de Desarrollo Económico del Departamento de Comercio de los Estados Unidos, y son:

- No es suficiente con la especificación y buenas intenciones del programa, incluso buena voluntad de los actores políticos.
- La existencia de redes, a veces inconexas de actores, valores e intereses, poco identificable y clara, sin causalidad y continuidad razonablemente predecible.
- Existencia de un esquema lineal de causas y efectos con especificaciones de metas acordadas.
- La inexistencia de una línea directa entre meta y medios.
- Las dificultades para formalizar la instrumentación, aunque desde la formulación es donde se empiezan a percibir advertencias respecto a la difícil tarea de tratar de conectar realismo con idealismo. (Wildavsky & Pressman, 1998, págs. 11-13)

Este es un compendio de los diversos factores que influyen en el fracaso de la implementación de una política pública según los autores:

Tabla 2. Factores que influyen en el fracaso de la implementación de una política pública según perspectiva de los autores citados.

WAYNE PARSONS	BOB JESSOP	AARON WILDAVSKY
. Objetivos claros y consistentes, de manera que puedan constituirse como un estándar de evaluación legal y referencia.	. Las condiciones de una acción exitosa pueden haber sido simplificadas excesivamente o puede haber un conocimiento deficiente sobre las conexiones causales que afectan al objeto de la gobernanza.	. No es suficiente con la especificación y buenas intenciones del programa, incluso buena voluntad de los actores políticos.
. Teoría causal adecuada, asegurándose de que las políticas públicas están respaldadas por una teoría sobre cómo lograr el cambio.	. Los problemas de coordinación pueden ocurrir dentro y a través de los niveles interpersonales, interorganizacionales e intersistémicos donde se adopta la gobernabilidad.	. El análisis de los beneficiarios de la política, pues no todos están de acuerdo en cooperar con ese fin, ni pueden ser coaccionados, persuadidos o inducidos a ello, ya que su interacción puede ocasionar demoras, poco rendimiento, costos difíciles de manejarse, incumplimiento y consecuencias inesperadas.
. Estructuras de implementación legalmente estructuradas a fin de fomentar el cumplimiento de aquellos a cargo de la implementación de las políticas públicas y de los grupos que conforman el objetivo de dichas políticas.	. Pueden abrirse brechas entre los representantes que participan en la comunicación (redes, negociación, etc.) y aquellos cuyos intereses e identidades están siendo representados.	. La simplificación en exceso, tanto de las condiciones iniciales de la política como de los objetivos.
. Implementadores comprometidos y capaces, dedicados a usar su discreción con miras al cumplimiento de los objetivos de las políticas.	. Donde existen varios mecanismos de gobernanza distintos para abordar cuestiones interdependientes, pueden surgir problemas debido a definiciones inconsistentes de los objetos de gobierno, a diferentes horizontes espaciales y temporales de acción y a su asociación con diferentes intereses y equilibrios de fuerza.	. Otra razón del fracaso de la implementación es por insuficiencias de la teoría.
. Apoyo de los grupos de interés y «soberanos» en el poder legislativo y el ejecutivo.		. La existencia de redes, a veces inconexas, de actores, valores e intereses, poco identificables y claras, sin causalidad y continuidad razonablemente predecible.
. Cambios en las condiciones socioeconómicas que no menoscaben el apoyo de los grupos y los		

soberanos ni subviertan la teoría causal que da soporte a las políticas.

. Existencia de un esquema lineal de causas y efectos con especificaciones de metas acordadas.

. La inexistencia de una línea directa entre meta y medios.

. Las dificultades para formalizar la instrumentación, aunque desde la formulación es donde se comienzan a percibir advertencias respecto a la difícil tarea de tratar de conectar realismo con idealismo.

. Cuando el proceso de implementación no dé como resultado un consenso en cuanto a las metas, ni exponga una autonomía individual y un compromiso con el plan de acción por parte de quienes deben llevarlo a cabo.

Capítulo 2. Los fallos en la implementación y las teorías causales del embarazo adolescente

Como se ha presentado en los apartados anteriores, una política pública puede fallar por múltiples razones. Algunas de las teorías expuestas aducen que los fracasos pueden presentarse por problemas y fallos desde el diseño de la misma política, como desde la escogencia de los instrumentos públicos para su implementación o por causas externas que no fueron tenidas en cuenta desde la concepción y el estudio previo de la política.

Los tres autores —Wayne Parsons, Bob Jessop y Aaron Wildavsky— coinciden en que una razón relevante del fracaso de la implementación es por insuficiencias de las teorías causales. Wildavsky y Pressman (1998) lo explican así:

Algunos fracasos de implementación pueden explicarse satisfactoriamente por insuficiencias de la teoría. Esto sugiere que ciertas propiedades objetivas de unas políticas, como su contenido esencial y su teoría, deben incluirse entre las variables que se utilizan para explicar los resultados de la implementación. (pág. 276)

De esta forma, si se selecciona una teoría causal adecuada, estaríamos asegurando el punto de partida sobre cómo lograr el cambio por el que deseamos implementar la política pública. Sin embargo, como lo hemos visto en párrafos anteriores, el embarazo adolescente se puede presentar por multiplicidad de causas que esgrimen diversos factores tanto individuales como colectivos. Bien lo enfatiza Jessop (2007) sobre las condiciones de una acción exitosa en política pública que estarán condicionadas a un conocimiento deficiente sobre las conexiones causales que afectan al objeto de la gobernanza.

Así las cosas, la primera pregunta que nos asalta es ¿cómo lograr definir una teoría causal puntal que permita el total cumplimiento de una política pública y, por ende, el éxito en su implementación? y, a continuación ¿cómo podemos seleccionar cuales teorías causales son las principales o las secundarias si estas mismas son razones por las que se presenta el embarazo adolescente?

La multiplicidad de teorías causales es una razón importante que puede explicarnos la discontinuidad de la política pública de prevención del embarazo adolescente en Medellín. Las organizaciones públicas, privadas y ONG comprometidas con la disminución de los índices de embarazo adolescente han visualizado los diferentes elementos que causan el problema, controlar tanta diversidad de razones puede limitarnos el cumplimiento del objetivo. Inclusive, nos puede llevar a diferenciar causas distintas entre las entidades lo que no permitiría que los instrumentos

públicos seleccionados por ellas sean susceptibles de trabajarse mancomunadamente, especialmente en el caso de la Red de Prevención de Embarazo Adolescente.

Es por ello que, se hace necesario en cada esfuerzo realizado durante los años 2003 y 2011 de la política pública (programas, campañas y proyectos) determinar cuáles fueron las causas que se escogieron para el diseño de dicha política, y conocer porque falló su implementación en el tiempo.

Capítulo 3. Hallazgos

La política pública de prevención de embarazo adolescente investigada en la presente tesina está integrada por la realización del proyecto Sol y Luna adscrito a la Alcaldía de Medellín, por la conformación de la Red de Prevención de Embarazo Adolescente de la ciudad de Medellín integrado por más de veinte entidades entre públicas y privadas de la ciudad, y por la expedición del Acuerdo 23 de 2011 del Concejo de Medellín por medio del cual se implementa la política pública de prevención y atención de madres adolescentes, iniciativas que se llevaron a cabo entre 2004 y 2011.

3.1 Proyecto Sol y Luna

Para comenzar, Sol y Luna fue un proyecto planificado y ejecutado desde el Despacho de la Primera Mujer, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación de la Alcaldía de Medellín entre los años 2006 y 2008, del cual hizo parte también la Red de Prevención de Embarazo Adolescente. Los recursos del proyecto fueron así: Recursos del BID con el apoyo financiero del Fondo Especial de Japón y la Cooperación Española por 749 mil dólares (68 %) y recursos del Municipio de Medellín por 357 mil dólares (32 %) (Alcaldía de Medellín, 2006, pág. 1) y su principal propósito planteado era que al final de dos años se realizara un proyecto piloto para la disminución de la tasa de embarazo adolescente y la promoción de conductas de autocuidado para el control de VIH y sida en adolescentes en Medellín, Colombia.

La línea de meta estaba trazada y el indicador que buscaba cumplir era la disminución en un 25 % de la tasa de embarazo en adolescentes al final del proyecto. Asimismo, el enfoque «se fundamentó en una visión holística de la problemática del embarazo adolescente, buscando trascender la sola promoción del uso de anticonceptivos» (Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud, 2010, pág. 46) . Además, «planteó que el problema del embarazo adolescente debe ser

abordado como un parte del desarrollo social» (Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud, 2010, pág. 46).

Asimismo, el proyecto Sol y Luna identificó que:

Dentro de las múltiples causas institucionales del problema se encuentra el déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos. (Tobón, 2008, pág. 65)

Esta decisión del proyecto se podría soportar en la investigación *Factores de riesgo para embarazo adolescente*, de Gázquez (2008), quien define, entre otros, los factores institucionales y los describe como el déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva, el desconocimiento en los derechos en salud y los inadecuados horarios de prestación de servicios para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan. Sin embargo, este no es el único, también existen los factores estructurales e individuales que deben tenerse presentes para la prevención de la gestación temprana en adolescentes (Gázquez, 2008, págs. 53-54).

De esta forma, el proyecto Sol y Luna plantea como eje la reorganización del modelo de atención en salud, a través de la puesta en marcha de servicios de atención diferenciados para adolescentes que respondieran a sus necesidades y al ejercicio de sus derechos en salud sexual reproductiva y asesoría en embarazo. Y efectivamente su informe de resultados de impacto denota los tres componentes que se implementaron, a saber: fortalecimiento de la oferta en los servicios de salud, movilización masiva y sensibilización principalmente en la difusión en los medios de comunicación y, por último, investigación, monitoreo y evaluación en el que se analiza el impacto del proyecto para la entrega final al BID.

Aunque Flórez *et al.* (2004) exponen que «existen factores que influyen directa e indirectamente sobre la fecundidad, y uno de ellos son los factores institucionales como las políticas y programas gubernamentales mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, planificación familiar, y educación» (págs. 13-14), es claro que no son los únicos que deben tomarse en la cuenta.

Para el doctor Joaquín Guillermo Gómez Dávila, director del Centro Nacer-Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia:

El proyecto en su fase de concepción tuvo grandes discusiones sobre las causas del embarazo. Pero como el embarazo adolescente es un tema multi causal su trabajo estuvo fundamentalmente centrado en anticoncepción. Ese objeto fue pragmático y factible de medir. No se dedicó exclusivamente a ello, ya que

el proyecto logró que las EPS³ incluyeran los métodos anticonceptivos modernos como el implante subdérmico⁴ (el cual no lo cubría el POS⁵), y rápidamente Comfama, por ejemplo, lo adoptó como método anticonceptivo dentro de su plan de beneficio y luego las demás EPS. (J. Gómez, entrevista personal, 30 de mayo de 2017)

Además de ello, Gómez asegura que «Sol y Luna también logró asuntos colaterales como la conciencia de que los adolescentes existían, que los adolescentes tenían una tasa de embarazo supremamente alta, se posicionó el tema de planificación familiar para adolescentes» (entrevista personal, 30 de mayo de 2017), y lo ya expuesto, como la introducción de métodos anticonceptivos modernos y de larga duración en el plan obligatorio de salud.

Al haber determinado una sola causa, en este caso las institucionales, podría afirmarse que existe insuficiencia en la teoría causal. Sobre el mismo, Parsons (2007) la expone como una de las causas de los fallos de implementación. «Esto sugiere que ciertas propiedades objetivas de unas políticas, como su contenido esencial y su teoría, deben incluirse entre las variables que se utilizan para explicar los resultados de la implementación» (Wildavsky & Pressman, 1998, pág. 276).

El Proyecto Sol y Luna culmina luego de 24 meses de ejecución ininterrumpida; para Adelaida Monsalve Charris, de la Secretaría Seccional de Salud de la Gobernación de Antioquia: «El proyecto fue un inicio de lo que posteriormente en Medellín y Antioquia se desarrolló de acuerdo al lineamiento nacional como la Estrategia de Servicios en Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes» (A. Monsalve, entrevista personal, 1 de junio de 2017), coordinados principalmente por Metrosalud. Además, Monsalve afirma que: «Los cambios de gobierno interrumpían la continuidad de dicho programa» (entrevista personal, 1 de junio de 2017).

3.2 Red de Prevención de Embarazo Adolescente de Medellín

La Red de Prevención del Embarazo Adolescente fue el producto de la sinergia de personas expertas en el tema y la integración de más de cuarenta entidades, tanto públicas como privadas, encabezadas por la Alcaldía de Medellín y entre las que se destacan el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); la Dirección Seccional de Salud de Antioquia; las secretarías de Salud

³ Sigla con la cual se identifica a las entidades promotoras de salud; empresas del Sistema de Salud en Colombia que no prestan servicios médicos, sino que promueven dichos servicios a usuarios en un esquema de aseguramiento.

⁴ El implante subdérmico o implante subcutáneo es un método anticonceptivo hormonal compuesto por una varilla de pequeño tamaño que se ubica debajo de la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva durante tres o cinco años.

⁵ Sigla con la cual se identifica al Plan Obligatorio de Salud. Este es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho todo afiliado al Régimen Contributivo en Colombia, cuya prestación debe ser garantizada por las EPS.

y de Educación de Medellín; Metrosalud; las facultades de Medicina y de Enfermería y el Centro Nacer-Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia; las cajas de compensación familiar Comfama y Comfenalco; y Profamilia; entre otros.

Durante dos años la red hizo parte del diseño del proyecto Sol y Luna, pero finalizado este periodo se reevaluaron las acciones de esta y hasta el 2010 «continúa siendo uno de los espacios de participación social y de articulación entre organizaciones e instituciones que trabajan en el tema en la ciudad» (Comfenalco Antioquia, 2010, pág. 2) .

En el momento de la realización de esta investigación, Comfenalco Antioquia, una de las entidades insignias integrantes de la red, informa que no tiene actualmente en su personal funcionarios que hayan estado vinculados al proyecto. Sin embargo, bajo su custodia tienen un informe llamado *Fortalecimiento de la articulación y la estrategia de trabajo de la Red de Prevención del Embarazo en Adolescentes de Medellín-2010*.

En este, se describen las dificultades que se presentaron en la red y afirman que:

Tras el auge y finalización del Proyecto Sol y Luna, y el constante reclamo frente a la falta de recursos para el sostenimiento del mismo, por lo cual Comfenalco busca reconfigurar y fortalecer los procesos reales de articulación que las instituciones habían venido desarrollando, reforzando la concepción de red y la noción de exigibilidad de derechos, y proponiendo en este sentido, un ejercicio práctico y contextualizado de relación con grupos de base comunitaria de dos comunas de la ciudad. (Comfenalco Antioquia, 2010, pág. 3)

Tal hecho lo confirma Gómez Dávila cuando expone que:

Fue una mesa municipal interinstitucional que se sumó a la propuesta de la Primera Dama del Municipio de Medellín de ese entonces, Ana Lucrecia Ramírez Restrepo, al proyecto Sol y Luna; y lo que buscó fue que todos trabajáramos en el mismo horizonte: Disminuir las cifras de embarazo adolescente. (Entrevista personal, 30 de mayo de 2017)

Sin embargo, continúa Gómez Dávila, «estuvo activa hasta la administración del doctor Aníbal Gaviria, sin embargo, durante la administración municipal actual de 2016-2019 la Red no se ha reunido, tal vez la preocupación de esta administración es más la seguridad que otros temas» (entrevista personal, 30 de mayo de 2017).

De esta forma, la red se presenta como una mesa de trabajo y consulta sobre los temas de prevención de embarazo adolescente, que se organiza por una causa, en este caso el proyecto Sol y Luna, culmina huérfano por un tiempo luego de finalizado tal proyecto, retoma actividades sobre la materia y deja de existir después de años de existencia e integración entre instituciones.

Al respecto, entre las diversas razones que existen de los fracasos en la implementación de políticas públicas, Wildavsky (1998) expone que una red desarticulada es una de ellas, aduciendo

que: «La existencia de redes, a veces inconexas de actores, valores e intereses, poco identificable y clara, sin causalidad y continuidad razonablemente predecible» (Wildavsky & Pressman, 1998, pág. 12)

Dentro de los diversos aportes de la red, y ampliando parte de los hallazgos de esta investigación, se encuentra la identificación de debilidades de las diferentes iniciativas en salud sexual y reproductiva y en prevención de embarazo adolescente de Medellín realizadas hasta entonces, que develan las razones por las que programas y proyectos fallan en su implementación:

- Desarticulación en las intervenciones: tienden a ser aisladas, discontinuas, no sistemáticas.
- No han sido sostenibles en el tiempo.
- Se sustentan en diversidad de enfoques que no siempre han sido apropiados con los contenidos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y reconocidos como un asunto vital de la salud y desarrollo de los y las adolescentes. No están suficientemente desarrollados en los marcos internacionales y evidencias científicas disponibles sobre el tema.
- Por lo general, no se sistematizan las experiencias de las intervenciones y, más aún, sería recomendable la participación de la cooperación internacional en estos esfuerzos.
- No generan apropiación de enfoques y lecciones aprendidas.
- No conllevan a evaluaciones de impacto. (Secretaría de Salud, 2010, pág. 45)

Con ello podemos confirmar la relación de estas debilidades con los fallos de la implementación expuestos por los diferentes autores, entre ellos Wildavsky (1998) cuando afirma que los fallos se presentan, entre otros, por la inexistencia de una línea directa entre meta y medios, por insuficiencias en la teoría, y por las dificultades para formalizar la instrumentación. Para Jessop (2007) existen varios mecanismos de gobernanza distintos para abordar cuestiones interdependientes, y en estos pueden surgir problemas debido a definiciones inconsistentes de los objetos de gobierno, a diferentes horizontes espaciales y temporales de acción y a su asociación con diferentes intereses y equilibrios de fuerza.

Asimismo, Parsons (2007) aporta dos razones que confirman lo expuesto por la red a saber: las políticas públicas deben contar con objetivos claros y consistentes, de manera que puedan constituirse como un estándar de evaluación legal y referencia. Y estructuras de implementación legalmente conformadas a fin de fomentar el cumplimiento de aquellos a cargo de la implementación de las políticas públicas y de los grupos que conforman el objetivo de dichas políticas.

3.3 Acuerdo 23 de 2011 del Concejo de Medellín: Implementación de la Política Pública de prevención de embarazo adolescente en la ciudad de Medellín.

El 20 de junio de 2011 el Concejo de Medellín aprueba el Acuerdo 23 mediante el cual se crea en la ciudad de Medellín la Política Pública de Prevención del Embarazo Infantil y Adolescente. Además de la prevención del embarazo, dicha política señala, en el artículo 1, la inclusión de la atención integral durante y después del embarazo para la población objeto (Concejo de Medellín, 2011). El acuerdo nace del Proyecto de Acuerdo 306 de 2010, y sobre este, el Concejal ponente, Ramón Emilio Acevedo Cardona, afirma:

El Concejo de Medellín decide sacar adelante el acuerdo ya que varias secretarías de la Alcaldía, como la de Salud, Educación, Juventud e Inclusión Social tenían una serie de programas que no estaban articulados por una política pública que definiera los componentes, responsables y los recursos y ayudara a evitar la duplicación de acciones en la administración. (Entrevista personal, 31 de mayo de 2017)

De acuerdo con ello:

Al ratificar los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos establecidos y acordados por la normatividad internacional vinculante e incorporada en el bloque constitucional, el acuerdo se propone garantizarle a dicha población el acceso a una educación en Salud Sexual y Reproductiva, articulada con la implementación obligatoria de programas de promoción, prevención y atención psicosocial, médica y jurídica relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, para propiciar una sexualidad sana y responsable, priorizando a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. (Concejo de Medellín, 2011)

Además de ello, lista responsables de la misma así:

Es así como, la reglamentación, diseño, articulación, ejecución y acompañamiento de todas las acciones, programas y proyectos dirigidos al cumplimiento de los objetivos de dicha política estará a cargo de la Red de Salud Sexual y Reproductiva que deberá crearse por parte del alcalde, en cabeza de la Secretaría de Salud, y en asocio con las Secretarías de Educación, Cultura Ciudadana, Bienestar Social, Gobierno, de las Mujeres y demás secretarías, dependencias e instituciones públicas y privadas que propendan igualmente por atención y bienestar de la población objeto. (Concejo de Medellín, 2011, pág. 2)

Sin embargo, para Acevedo Cardona el «acuerdo ha dejado las cosas en el mismo terreno en el que estaba antes el embarazo adolescente, la problemática sigue igual a como estaba antes del acuerdo, no ha pasado del papel», además agrega que «el acuerdo nunca ha tenido un control político desde entonces» (entrevista personal, 31 de mayo de 2017).

Se encuentra también que el acuerdo carece de fundamentación sobre los estudios y las investigaciones que se han realizado en la ciudad sobre embarazo adolescente; no incluye los aportes que puede dar al proceso la Red de Prevención de Embarazo Adolescente, además de que

no explica de dónde se ordenan los recursos que deberá invertir la administración municipal para la implementación de dicha política.

Al respecto, Parsons (2007) aduce que:

No puede existir formulación sin implementación, y pierde efectividad la implementación si las metas no están claramente definidas y entendidas cabalmente, los recursos no están disponibles, la secuencia de órdenes no es capaz de ensamblar y controlar los recursos, y el sistema no es capaz de comunicar efectivamente y controlar a los individuos y las organizaciones que participan en el desempeño de las tareas (Parsons, 2007, pág. 459).

Conclusiones y recomendaciones

Abordar las diferentes explicaciones teóricas que pretenden dar cuenta de las múltiples causas de la problemática del embarazo adolescente lleva inevitablemente a cuestionarnos como sociedad contemporánea. Si bien es cierto que cada vez existen mayores factores de riesgo que inciden en que los adolescentes se conviertan en madres o padres a edad temprana, está claro que con mayor razón la problemática requiere una atención pronta y decidida de todos los actores que pueden intervenir en ella.

- a. Luego de analizar los programas, los proyectos y las iniciativas de los entes encargados de la política pública de prevención del embarazo adolescente en Medellín, se hace evidente que muchas de estas acciones se realizan de forma aislada, convirtiéndose en esfuerzos individuales, acciones repetidas y discontinuas en el tiempo.
- b. Se comprueba la hipótesis presentada en esta investigación: las diferentes teorías causales fueron el principal fallo en la implementación de la política pública de prevención del embarazo adolescente.
- c. Al respecto es necesario integrar las acciones de las instituciones mencionadas para que exista una real eficacia en la implementación de una política pública de prevención en Medellín y lograr así la sinergia en las acciones para el objetivo y las causas planteadas, de manera que se aseguren los esfuerzos financieros, técnicos y humanos dirigidos a la atención de la población objeto de dicha política.
- d. Hay que señalar que no es suficiente con el Acuerdo 23 de 2011 expedido por el Concejo de la ciudad; este debe reevaluarse, ya que a la fecha no se ha concretado en la política pública que la problemática demanda, con instrumentos públicos eficientes. La Red de Prevención de Embarazo Adolescente es otro ejemplo de esta situación, una estrategia

que se inició en 2004 y desde el 2015 no continúa sus actividades, programas e investigaciones, cruciales para la problemática en la ciudad.

- e. Para que la ejecución de una política pública de prevención de embarazo adolescente sea eficiente en la ciudad de Medellín se hace urgente crear los mecanismos sociales, financieros y jurídicos de protección y atención a las adolescentes gestantes, de la mano de un escenario multimediático, social, educativo y comunicacional que garantice el acceso a la información oportuna y la atención integral, con planes sociales exhaustivos, con cobertura en toda la ciudad que acompañen a los adolescentes y promuevan la construcción de proyectos de vida como principal objeto de desarrollo personal. Por ende, no basta con dotar los centros de salud y capacitar al personal médico en la atención de adolescentes y en la enseñanza de métodos modernos anticonceptivos.
- f. Se debe tener presente que las estrategias implementadas deben estar enfocadas no solo en la prevención, sino también a la atención. La prevención del embarazo adolescente se logra, más allá de la institucionalidad, a través de estrategias que posibiliten la empatía con los adolescentes para entender las causas focales; y se logrará cuando se entienda que los planes de prevención deben ir de la mano de las estrategias de protección. Entendiendo, asimismo, que el adolescente en riesgo de un embarazo amerita la misma atención del que ya lo está, con lo cual se está garantizando la atención de dos generaciones. Esto solo se logra con educación, capacitación y sensibilización, puesto que niños, niñas y adolescentes deben siempre contar con un acompañamiento capacitado que les permita reconocer sus derechos y proyectarse como ciudadanos de bien para la sociedad.
- g. Hay que entender que la integralidad de una política pública dirigida a la prevención del embarazo adolescente ha de sustentarse en las causas comunes que la crean y acrecientan. La política pública analizada en esta investigación demuestra que, cada una de ellas definió una causa distinta que tratar, no existió una o unas causas que permitieran el trabajo mancomunado de los esfuerzos realizados hasta la fecha.
- h. Finalmente, proponer como lo demanda el citado Acuerdo Municipal 23 de 2011, la creación de una Secretaría Intersectorial por parte de la administración municipal, que genere proyectos y programas de prevención reales y efectivos en pro de la disminución

de los índices de embarazo adolescente, y que garantice la protección de los derechos y el bienestar integral de esta población.

Bibliografía

- Acevedo Cardona, Ramón Emilio. (Entrevista personal, 31 de Mayo de 2017). Concejal. (J. J. Palacio, Entrevistador). Concejo de Medellín.
- Agámez, A. (18 de febrero de 2016). *Publimetro*. Recuperado de <http://www.publimetro.co/medellin/20-8-de-los-embarazos-en-medellin-son-de-ninas-y-adolescentes/lmkpbr!p0iwW58Zfb>.
- Alcaldía de Medellín. (2010). IV. Proyecto Sol y Luna: una respuesta innovadora de la ciudad de Medellín. *Revista Salud Pública de Medellín*, 5(1), 41-69.
- Alcaldía de Medellín. (2015). *Informe global de los resultados del programa Medellín Sana y Libre de Adicciones – Sexualidad con Sentido*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Alcaldía de Medellín. (13 de mayo de 2016). Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://7b985bf51f3962e900d2f80dbe62ffad>.
- Alcaldía de Medellín-Red de Prevención de Embarazo Adolescente. (2007). *Cambios en la vida de las mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/os nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Colombia Joven-Presidencia de la República. (s. f.). ¿Qué se hace para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y Jóvenes en el país? Recuperado de <http://www.colombiajoven.gov.co/quehacemos/Paginas/prevencion-embarazo-adolescente.aspx>.
- Comfenalco Antioquia. (2010). Fortalecimiento de la articulación y la estrategia de trabajo de la red de prevención del embarazo en adolescentes. Medellín: Comfenalco- Antioquia.
- Concejo de Medellín. (16 de noviembre de 2010). Obtenido de http://www.concejodemedellin.gov.co/concejo/concejo/index.php?sub_cat=4073#.V7ufYJjhDIU.
- Concejo de Medellín. (20 de Junio de 2011). Acuerdo municipal 23. Medellín, Antioquia, Colombia.

- Congreso de la República. (2006). Ley 1098 de Infancia y Adolescencia. Bogotá D. C. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html.
- Constitución Política de Colombia. (s. f.). Artículo 44. Recuperado de <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-44>.
- El Mundo. (28 de noviembre de 2008). Disminuye el embarazo adolescente. Recuperado de <http://historico.elmundo.com/portal/resultados/detalles/?idx=101892>.
- El Mundo. (11 de Mayo de 2008). A las jóvenes no les interesa planificar. Recuperado de <http://historico.elmundo.com/portal/resultados/detalles/?idx=84174>
- El Mundo. (1 de septiembre de 2011). El embarazo en adolescentes lastra el desarrollo de América Latina. Recuperado de http://historico.elmundo.com/portal/noticias/internacional/onu_dice_que_el_embarazo_en_adolescentes_lastra_desarrollo_de_america_latina.php#.WKYq8_nhDIU
- Flórez, C. V. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida*. Documento CEDE. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Flórez, C., y Soto, V. (2013). *Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia*. Bogotá: Profamilia - Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA.
- Gázquez, M. d. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB*, 27(1), 47-58.
- Gómez Dávila, Joaquín. (Entrevista personal, 30 de Mayo de 2017). (J. J. Palacio, Entrevistador) Director del Centro Nacer- Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia-Medellín.
- Jessop, B. (2007). Governance Failure. En M. Bevir (Ed.), *Encyclopedia of Governance*, (pp. 381-382). California: Sage Publications.
- López, C. (2015). Diagnóstico socioeconómico de la población joven de Medellín. En S. Leyva (Ed.), *Análisis de Política Pública Poblacional. La Juventud en Medellín: Crisis, cambios e innovación* (pp. 96-149). Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Medellín, A. D. (2012). Proyecto de Acuerdo Plan de Desarrollo Medellín un hogar para la vida 2012-2015. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Ministerio de Educación. (13 de septiembre de 2013). Centro Virtual de Noticias de la Educación. Obtenido de <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-329054.html>.

- Monsalve Charris, Adelaida. (Entrevista personal, 1 de junio de 2017). Doctora Secretaria Seccional de Salud de la Gobernación de Antioquia- Medellín
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es.
- Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a lo teoría y la práctica del análisis*. México: FLACSO.
- Posada, C. (2004). Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. *Sexología y Sociedad*, 10(25), 4-10.
- Presidencia de la República. (2013). De Cero a Siempre-El aumento del embarazo de adolescentes en Colombia.
- Tobón, J. J. (2008). Caracterización de la población adolescente atendida en la consulta de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual del proyecto Sol y Luna. *Revista de Salud Pública de Medellín*, 3(1):63-74.
- Torres, C. G. (28 de agosto de 2011). Pacto contra el embarazo adolescente. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/pacto-contr-el-embarazo-adolescente-articulo-295072>.
- Weimer, D. L., y Vining, A. R. (2011). *Policy Analysis*. United States: Pearson Education, Inc.
- Wildavsky, A., y Pressman, J. (1998). *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. México D. C.: Fondo de Cultura Económica.

Tablas

Tabla 1. Causas del embarazo adolescente.....	12
Tabla 2. Factores que influyen en el fracaso de la implementación de una política pública según perspectiva de los autores citados.....	17

Figuras

Figura 1. Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años en Medellín entre 1999 y 2015.....	4
---	---