

**PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: UNA REVISIÓN
DOCUMENTAL DE DESARROLLOS LEGISLATIVOS EN TRES PAISES
SURAMERICANOS 2000 - 2010**

JENNY MIREYA ROMERO ORTIZ

Trabajo de grado

**MARIA LUCIA MESA
Tutora**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
BOGOTA**

2012

CONTENIDO

pág.

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS	6
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1. LA POLÍTICA, LOS PLANES, PROGRAMAS Y NORMAS EN SALUD.....	13
4.2. EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA	22
4.3. EL EMBARAZO ADOLESCENTE	24
4.4. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN COLOMBIA	25
5. FUENTES DE INFORMACIÓN	34
6. METODOLOGÍA ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
7. CATEGORIAS PARA EL DESARROLLO DE LA REVISIÓN	38
8. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	42

8.1. POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA Y LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	42
8.1.1. El desarrollo y fortalecimiento de planes de acción y programas	43
8.1.2. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes	44
8.1.3. Desarrollar las capacidades, los recursos humanos y apoyar la investigación y evaluación.....	47
8.1.4. Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes...	48
8.2. POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BRASIL Y LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	50
8.2.1. El desarrollo y fortalecimiento de planes de acción y programas	50
8.2.2. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes	52
8.2.3. Desarrollar las capacidades, los recursos humanos y apoyar la investigación y evaluación.....	55
8.2.4. Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes...	56
8.3. POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE Y LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	59
8.3.1. El desarrollo y fortalecimiento de planes de acción y programas	60
8.3.2. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes	62
8.3.3. Desarrollar las capacidades, los recursos humanos y apoyar la investigación y evaluación.....	63
8.3.4. Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes...	64
8.4. ASPECTOS QUE PODRIAN GENERAR OTROS ABORDAJES EN COLOMBIA	65
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	72

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Tasas de fecundidad específicas en mujeres de 15 a 19 años en los países seleccionados (x 1000 mujeres en este grupo de edad)	9
Tabla 2. Algunas diferencias entre política, plan y programa.....	20
Tabla 3. Términos utilizados para búsqueda de políticas, planes, programas y normas en prevención de embarazo adolescente	37

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Niveles de la planificación en salud	14

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo muestra a través de una revisión documental de las políticas, planes, programas y normas promulgadas para la prevención del embarazo adolescente en Argentina, Chile y Brasil los desarrollos alcanzados para abordar esta problemática.

Si bien es cierto que la adolescencia hasta hace unos años era invisible, en la última década se ha fortalecido su reconocimiento como una etapa del curso de vida bajo un enfoque de derechos, con características específicas para las cuales la generación de acciones y estrategias debe propender por ir más allá de los problemas de salud bajo un enfoque basado en su desarrollo integral.

Así las cosas la promoción de la salud como estrategia permitirá incorporar dentro de sus acciones la formulación de políticas que incorporen otros desarrollos legislativos como planes, programas y normas con una nueva orientación; donde los servicios de salud pasaran del enfoque tradicional selectivo a un enfoque integral y de desarrollo humano.

Según la OPS este enfoque pretende fortalecer el desarrollo del adolescente en su contexto familiar, ambiental, socioeconómico, político y cultural, con un cambio de paradigma apoyado por la participación de las y los adolescentes como una

estrategia para prevenir sus problemas. Para efectos de este concepto, desarrollo, es el proceso mediante el cual las y los adolescentes satisfacen sus necesidades, desarrollan competencias, habilidades y redes sociales. (Pasqualini & Llorens, 2010).

En este documento se recopila, bajo una revisión documental los desarrollos de políticas, planes, programas y normas que abordan la problemática del embarazo adolescente en Argentina, Chile y Brasil, como contribución al conocimiento de otros abordajes que puedan aportar a un eventual proceso de fortalecimiento de lo que actualmente se encuentra implementado en Colombia.

En un primer capítulo se realiza la contextualización de lo que se define en la literatura como política, plan, programa y norma; al igual que el concepto de adolescencia, el embarazo en la adolescencia y finalizando, lo que en la última década ha transcurrido en Colombia.

El problema y la justificación que llevan a esta revisión documental se fundamenta en la tasa de fecundidad entre 15 a 19 años de Colombia, que a pesar de su tendencia sostenida, al comparar los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2005 con la realizada en el 2010, aun persiste en niveles superiores de la tasa de Suramérica. Esto lleva a pensar que Colombia tuviese algo que aprender de otros países de la región, que con tasas bajas de este indicador en este mismo grupo etario pudiesen aportar otras formas

de abordar la problemática, situación que se pretende hacer evidente en el desarrollo de este trabajo.

Por último, las conclusiones incluyen los aspectos relevantes de cada uno de los países seleccionados para que en futuros trabajos su evaluación permita dar claridad ante la viabilidad de incorporar estos aspectos a los nuevos desarrollos de políticas, planes, programas y normas en Colombia.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión documental de los desarrollos en políticas, planes, programas y normas en prevención del embarazo adolescente en Chile, Argentina y Brasil para determinar que aspectos podrían aportar al fortalecimiento de lo actualmente vigente en Colombia.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los avances en la construcción e implementación de políticas, planes, programas y normas en prevención del embarazo adolescente en los países seleccionados
- Conocer otras alternativas de abordar desde la legislación la prevención del embarazo adolescente
- Determinar que aspectos podrían generar otros abordajes para las políticas, planes, programas y normas actualmente vigentes en prevención del embarazo adolescente en Colombia

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la mayoría de países suramericanos se han implementado políticas, planes, programas y normas de salud dirigidos a la población adolescente, dentro de los cuales la prevención del embarazo se contempla dentro de sus objetivos; esto obedece al impacto que esta problemática ejerce en la salud pública, motivación suficiente para que los Estados exploren nuevas estrategias para su abordaje e intervención.

Teniendo en cuenta lo anterior el explorar otras formas de abordar e intervenir el problema desde lo existente en otros países de la región podrían llegar a complementar las acciones ya en desarrollo e implementadas en Colombia.

En Suramérica las estrategias de abordaje en prevención del embarazo adolescente se han fortalecido con las experiencias que a través del tiempo otros países de la región han desarrollado y evaluado permitiendo explorar otros enfoques.

Siendo así ¿Cuáles son esos enfoques de abordaje e intervención expresados en políticas, planes, programas y normas para la prevención del embarazo adolescente de Chile, Argentina y Brasil, que podrían llegar a fortalecer los desarrollos hasta ahora alcanzados en Colombia para esta problemática?

3. JUSTIFICACIÓN

Esta revisión documental para seleccionar los países de Suramérica a incluir, toma como indicador la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años teniendo en cuenta que este es uno de los criterios para reorientar y evaluar el impacto de las políticas, planes programas y normas de prevención de embarazo adolescente. Este indicador se define como el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad.

Posterior al análisis de este indicador en los países Suramericanos se incluyen tres países ubicados en la región con tasas de fecundidad en el grupo etario mencionado por debajo de la de Colombia, que de acuerdo a la ENDS 2010 (Profamilia, 2010) fue de 84 por mil mujeres en este grupo de edad; aún así los países seleccionados no necesariamente tienen tasas por debajo del promedio que para esta región según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es de 73 por 1000 mujeres de este grupo de edad (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011):

Tabla 1. Tasas de fecundidad específicas en mujeres de 15 a 19 años en los países seleccionados (x 1000 mujeres en este grupo de edad)

País	Tasa de fecundidad
Chile	49
Argentina	63
Brasil	76
Colombia	84

Fuentes: Elaboración propia. Ministerio de Salud Gobierno de Chile; UNFPA; FLACSO Chile. (Marzo de 2009). Diagnostico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile 2008. *Programa de Género y Equidad*. Santiago de Chile, Chile.

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). Indicadores Seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años. Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.

Instituto Brasileiro de geografia y estadística. (s.f.). IBGE Brasil. Recuperado el 22 de Octubre de 2011, de <http://seriesestadisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP264&sv=36&t=taxa-de-fecundidade-total>

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

Como otros indicadores que soportan esta revisión documental, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe el 25% de mujeres jóvenes son madres antes de los 20 años y el 45% de estos embarazos son causa de la mala utilización de métodos anticonceptivos o la falta de los mismos. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2008)

En Colombia según la ENDS 2010 (Profamilia, 2010) el 20% de las mujeres de 15 a 19 años al momento de la encuesta ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez.

Respecto a la edad promedio para el inicio sexual el 50% de las y los adolescentes en América Latina menores de 17 años son sexualmente activos y

de acuerdo a las cifras de la OPS en el año 2000 la edad promedio en los hombres es de 14 a 15 años y para las mujeres de 15 a 16 años. (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003).

Para países como Argentina la edad promedio de inicio de actividad sexual en las y los adolescentes es de 15.6 años (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2007), en Chile 17 años (Ministerio de Salud Gobierno de Chile; UNFPA; FLACSO Chile, 2009), en Brasil 17.9 años (Ministério da Saúde: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2006) y para las adolescentes según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 en Colombia es de 18 años (Profamilia, 2010).

En particular para los países estudiados la proporción de uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes de 15 a 19 años en Argentina está entre 60-70% (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2007), Chile 54,8% (Ministerio de Salud Gobierno de Chile; UNFPA; FLACSO Chile, 2009) y Brasil 52% (Ministério da Saúde, 2006) contra un 26.5% para Colombia (Profamilia, 2010).

Esta situación hace evidente el alto riesgo de embarazo en las adolescentes del país de acuerdo a las cifras de uso de métodos anticonceptivos de los otros países seleccionados, posicionando a Colombia en el último lugar para este indicador.

Por otro lado el total de nacidos vivos de mujeres menores de 20 años en Argentina para el año 2008 fue del 16% (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; International Womens Health Coalition, 2010), al igual que para Chile en el año 2009 (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2011), y en Brasil para el 2006 fue de 22% según el informe de indicadores sociodemográficos y de Salud del 2009 (Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, 2009). Observándose menor proporción entre los países con mayor uso de métodos anticonceptivos.

Con respecto al impacto del embarazo adolescente en el indicador de mortalidad materna, estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refieren que el riesgo de muerte materna en adolescentes menores de 16 años es 4 veces más alto que el de las mujeres de 20 a 24 años en América Latina (Comité Regional Andino Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2010); así como la alta probabilidad de presentar patologías que son consideradas como morbilidad materna extrema.

Las cifras de mortalidad materna en las adolescentes de 15 a 19 años hace evidente que en Chile y Argentina países con bajas tasas de fecundidad en este grupo poblacional la mortalidad materna es de 14.7 (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2011) y 39.2 por 100.000 nacidos vivos (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; International Womens Health Coalition, 2010); mientras que para Colombia y Brasil, que tienen

tasas de fecundidad más altas, son de 50.1 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2009) y 45.7 (Ministério da Saúde, 2009) respectivamente.

Con estas cifras es de resaltar que Chile presenta una alta tasa de mortalidad materna adolescente con una diferencia de 6.46 por 100.000 nacidos vivos de la tasa de Brasil que sería el siguiente país en posición ascendente de esta tasa.

Por lo anterior la necesidad de abordar el problema del embarazo adolescente más allá de los servicios de salud impulsa el desarrollo y fortalecimiento de las políticas, planes, programas y normas para su prevención bajo características de trascendencia e impacto con la posibilidad de disminuir los indicadores epidemiológicos.

Es por lo anterior que la revisión documental propuesta buscará en las políticas, planes, programas y normas desarrollados en prevención del embarazo adolescente entre los años 2000 a 2010 en los países seleccionados, el abordaje que se le da a esta problemática, así como sus objetivos, principios y estrategias; constituyendo un documento que sea insumo para dar continuidad en otros trabajos a la evaluación de otros enfoques que propendan por la integralidad en la atención en salud de los adolescentes y su bienestar mas allá de lo físico y la posible incorporación de estos elementos a los desarrollos futuros en Colombia.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. LA POLÍTICA, LOS PLANES, PROGRAMAS Y NORMAS EN SALUD

Como objetivos de la salud pública se encuentran el proteger, promover y restaurar la salud mediante acciones colectivas que incluyen el desarrollo de políticas, planes, programas y normas que garanticen su cumplimiento.

Para dar curso a estos desarrollos debe existir un proceso de planificación teniendo en cuenta la previsión de los recursos y actividades para conseguir los objetivos, su priorización y las dificultades previsibles y no previsibles.

Según Piédrola Gil en uno de los capítulos de su libro Medicina preventiva y salud pública (Hernandez, Aibar, Aranaz, & Lumbreras, 2008), la planificación en salud puede clasificarse en tres categorías o niveles de desarrollo: Normativa, estratégica y operativa.

La primera categoría que corresponde a la normativa hace alusión a las políticas en salud; la segunda o estratégica al desarrollo de planes y la última denominada operativa la constituyen los programas de salud.

Figura 1. Niveles de la planificación en salud

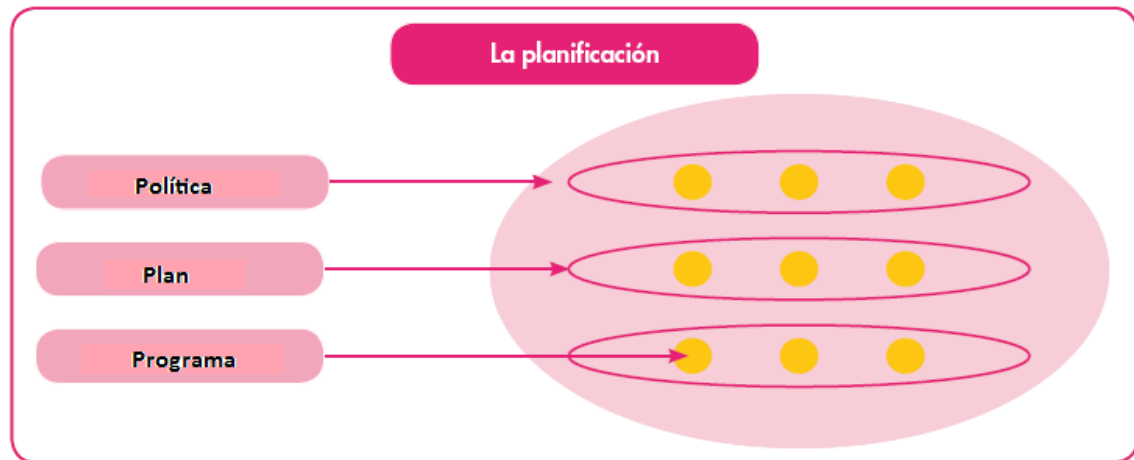


Figura adaptada del texto programas de educación para la salud mcgraw-hill.es disponible en <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176324.pdf> (Mcgraw-hill, 2011)

Con respecto a la definición de política existen múltiples, para citar las siguientes: Piédrola Gil diferencia dos aspectos que los considera como complementarios y relevantes: *Política sanitaria* definida como aquella centrada en los servicios de salud, su organización, desarrollo y control mediante la legislación, regulación y reglamentación; dirigidas a garantizar y hacer posible la atención en salud; y *política de salud* donde se encontrarían los factores que influyen sobre la salud de manera positiva o negativa y como ejemplos cita la educación, el medio ambiente y la producción de bienes y servicios.

Otro enfoque para la definición de políticas dado por André Noé Roth en su libro políticas públicas (Roth Deubel A.-N. , 2002) enfatiza en la necesidad de tener claridad semántica respecto al termino; teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo se tomará la definición de política que hace referencia a “la designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas”.

Así las cosas este autor considera que hay cuatro elementos centrales que permiten su identificación:

- Implica el gobierno
- Percepción de problemas
- Definición de objetivos
- Definición de proceso

La política pública implica necesariamente el alcanzar una serie de objetivos propuestos mediante el seguimiento de un proceso que desea solucionar un problema, donde las instituciones del estado en su totalidad o de manera parcial se encuentran inmersas.

Posterior a toda su disertación y análisis para Roth (Roth, 2002) política pública se definiría como: “... Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con

la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”.

Por otra parte el concepto de política pública permite el enlace de los desarrollos normativos de las instituciones de gobierno donde se incluyen los planes, decretos, resoluciones, ordenanzas, acuerdos, fallos jurídicos; así como de las actividades políticas y administrativas y de sus efectos en la sociedad. Esto implicaría la articulación racional de varios elementos y procesos para mantener o modificar un aspecto de orden social. (Roth Deubel A. N., 2010)

El siguiente nivel del proceso de planificación de salud es definido como estratégico o plan de salud.

El plan de salud lleva a la práctica la política formulada, es un instrumento de gestión estratégica que define la ruta que se debe llevar para el logro de los objetivos y el alcance de las metas. Para su formulación requiere establecer prioridades, valores, análisis del contexto social y económico, y debe estar sujeto a dinámicas de cambio de acuerdo a las circunstancias que se generen durante su proceso de construcción. (Hernandez, Aibar, Aranaz, & Lumbreras, 2008)

Es de tener en cuenta que el plan debe responder a objetivos precisos, metas cuantificables, estar formulado bajo estrategias que permitan su alcance, con los

recursos disponibles y bajo la concertación de los diferentes actores que participaran en su desarrollo.

Los planes retroalimentan a las políticas, identifican problemas críticos de estructura y deben optimizarse al cabo de su desarrollo, estos deben reconocer la realidad política, analizar los objetivos de los diferentes intereses. (Green, 2007)

Dentro de los componentes a tener en cuenta para un plan se encuentran: Análisis de la situación o del problema que se pretende abordar, ajuste de los objetivos, opciones de evaluación, programación, implementación, monitoreo y evaluación.

Otra definición de plan lo describe como un esquema detallado de previa formulación que pone en marcha actuaciones estratégicas que favorecen la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Permitted así aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la política. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Incluye las estrategias, los estándares de tiempo para su desarrollo, los recursos, los objetivos, los indicadores y las actividades.

Puede coincidir con la misma división administrativa y con el mismo marco temporal de la política, aunque esta condición no siempre debe cumplirse.

La intención de un plan es el integrar la gestión en salud desde un nivel general, a diferencia de los programas que implican la operación de los objetivos de los planes.

Siendo así un programa podría definirse como el conjunto estructurado e integrado de estrategias que forman parte de un plan. Es una acción más concreta con unos objetivos más definidos, y de una duración más corta. (Mcgraw-hill, 2011)

Estas acciones se proyectan para la alcanzar no solo los objetivos, ya que también dentro de sus contenidos los programas deben tener metas que permiten una evaluación de carácter cuantitativo; estas son propuestas teniendo en cuenta su nivel de intervención.

Siendo así los programas de salud en la mayoría de propuestas, intentan ejercer un cambio comportamental del individuo con modificación de su estilo de vida a través de diversas estrategias que integran su medio ambiente, su responsabilidad social y sus decisiones. (Perez, Pinzón, & Alonso, 2007)

Los programas en salud deben disponer de la información relevante para que las actividades involucradas logren los objetivos con la menor posibilidad de riesgo a fracasar.

Para Pineault un programa es “un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios realizados simultanea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos, y ello para una población definida”. (Piédrola, 2008)

La finalidad de los programas en salud es el prevenir la enfermedad, los accidentes, discapacidades y muertes; para lo cual el concurso de múltiples actores se hace necesario como parte integral de su desarrollo y conseguir un abordaje multidisciplinario.

En conclusión los conceptos de política, plan y programa no se excluyen rígidamente entre sí: los límites entre ellos no están claramente definidos y en la mayoría de países es frecuente que exista un solapamiento entre política, planes y programas.

Tabla 2. Algunas diferencias entre política, plan y programa

	Política	Planes	Programas
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Filosofía/Panorámica- Valores- Principios- Objetivos generales	<ul style="list-style-type: none">- Estrategias- Marcos temporales- Financiación- Recursos humanos- Objetivos- Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Intervenciones específicas- Recursos (físicos y humanos)- Presupuesto
Ambito de los contenidos	General	General o específica (de acuerdo con las estrategias)	Específica
Duración	Larga (5 a 10 años)	Media (3 a 8 años)	Corta (1 a 5 años)
Área geográfica	País o sección amplia de un país	Desde un país a una sección pequeña de un país	Desde un país a pequeñas áreas locales

Fuente: Adaptado de políticas, planes y programas de salud mental. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/8495076799_spa.pdf. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Transversal a la construcción de políticas, planes y programas se encuentran las normas jurídicas, promulgadas por los Estados a través de la rama legislativa de poder público.

El concepto de norma jurídica se ha desarrollado a través del múltiples teóricos generándose diversos enfoques y definiendo lo que en derecho se conoce como “la norma”.

Dentro de estos se encuentran diversos autores donde para cada uno la norma tiene diferentes alternativas de conceptualización.

Para Hans Kelsen la norma es la descripción de las consecuencias que se producirían en caso de optar por determinada conducta, es un juicio hipotético en contra de otro al cometer una transgresión; establece una relación entre esta y la consecuencia que en este caso sería una sanción. (Ara, 1996)

Este teórico establece la distinción entre norma moral y norma jurídica donde la primera hace referencia a mandatos dirigidos hacia la modificación de la voluntad de un individuo, sin la certeza que esto suceda y el comportamiento fuera efectivamente modificado; a diferencia de la norma jurídica considerada como un juicio hipotético que expresa la relación entre un hecho condicionante con una consecuencia condicionada. (Bobbio, 2007)

Las normas representan conductas de convivencia entre los individuos, lo que implica que estas son conceptos, actos de expresión a través de signos verbales, una representación del pensamiento. (Aftalión, Garcia, & Villanova, 1984)

Como conclusión y para finalizar este apartado el concepto de norma hace alusión al instrumento de carácter jurídico que es promulgado por el estado para regular las relaciones y actuaciones de los individuos, estas pueden llevar a consecuencias de carácter positivo o negativo teniendo en cuenta el hecho en sí y si se es el transgresor o el transgredido.

4.2. EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Existen múltiples definiciones de adolescencia desde lo cronológico, lo psicológico, lo etimológico y lo social, definiciones que dependiendo del ámbito de aplicación van generar un contexto diferente en cada uno de los campos para el cual se aplique y dependiendo de los objetivos que se delimiten.

El documento marco que establece la definición de adolescencia para la generación de políticas en los países es la declaración de los derechos del niño promulgada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Noviembre de 1989 y de acuerdo a esta se cita: “(...) se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.” Definición que es adoptada por los estados para la promulgación de legislación de acuerdo a su delimitación de lo que sea considerado como la mayoría de edad (UNICEF, 1989)

Para la OMS la etapa de adolescencia está comprendida entre los 10 a 19 años de edad, definición desde la cual se han tomado las iniciativas regionales para el desarrollo de políticas, planes, programas y normas en prevención del embarazo adolescente en la región.

De acuerdo a las particularidades de cada país se han establecido las definiciones de adolescencia en términos cronológicos para dar la estructura, límite y alcance a las políticas, planes y programas que se orientan hacia este grupo etario.

En Brasil la adolescencia es el periodo comprendido entre los doce y los dieciocho años de edad (Ministério da Saúde, 2007)

En Argentina se adopta de acuerdo a la ley 26.061 del 2005 la definición de adolescencia de acuerdo a los parámetros dados por la OMS al igual que en Chile; esta definición delimita al grupo etario de adolescentes a hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 10 y 19 años. (Senado y Cámara de la Nación Argentina, 2005) (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2008)

Teniendo en cuenta la definición del código de infancia y adolescencia para Colombia Ley 1098 del 2006 y de acuerdo a lo establecido en el artículo 34 del Código Civil es considerado adolescente toda persona entre 12 y 18 años de edad. (Congreso de Colombia, 2006)

4.3. EL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente desde las últimas décadas se ha convertido en una preocupación de los estados debido a las condiciones desfavorables en términos de vulnerabilidad e inequidad sobre los cuales se desarrolla.

Al ser la adolescencia una etapa de desarrollo rápido, que más allá de la perspectiva biológica está influenciada por el contexto social y las condiciones de vida del individuo, es la toma de decisiones respecto a la sexualidad un factor preponderante y crucial para el desarrollo individual.

Entre los factores que determinan e influyen la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva social en la adolescencia se ha evidenciado que adicional a lo conductual, a las percepciones del ejercicio de la sexualidad y su contexto social próximo; las políticas públicas, las pautas culturales, la estructura socioeconómica y estratificación por género y etnia son variables macrosociales que impactan en las condiciones de salud sexual y reproductiva y con más precisión en la problemática del embarazo adolescente. (Pantelides, 2003)

Siendo así el embarazo adolescente es un problema multifactorial y multisectorial por lo cual las estrategias parten desde diferentes sectores sociales no solo desde los servicios de salud; la integración permitirá generar alternativas de cambio en

los paradigmas tradicionales, donde la responsabilidad del problema solo recaerá en el sector salud que si bien debe encabezarlas su alcance es limitado para el abordaje teniendo en cuenta la magnitud del problema.

En décadas anteriores se afirmaba que el embarazo adolescente era la causa de la perpetuación de la pobreza, de la falta de educación, de condiciones socioeconómicas precarias, de vulnerabilidad social; pero en la actualidad y al hacer visible esta problemática bajo el concepto de determinantes sociales se ha podido establecer que es al contrario; la pobreza y todas sus consecuencias son el sustrato sobre el cual el embarazo adolescente ha venido en incremento.

4.4. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN COLOMBIA

El marco constitucional que sustenta el desarrollo de políticas de adolescentes en Colombia se basa de manera expresa en la salud como un servicio público a cargo del Estado garantizando “(...) el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, a través de las entidades administradoras y prestadoras de servicios, en condiciones de calidad y oportunidad, para toda la población, con promoción y garantía de su vinculación a los regímenes de salud, con asignación de recursos y prioridad del aseguramiento a la población pobre y vulnerable, incluidos los adolescentes y jóvenes”. (Artículo 49).

Por otra parte el artículo 45 anota: “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral, donde Estado y Sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991)

En el 2003 el Ministerio de la Protección Social con la Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva establece dentro de sus líneas de acción de reducir el embarazo adolescente en un 26%, bajo el argumento que el embarazo a temprana edad trae consecuencias sobre su calidad de vida y en la de sus hijos, ya que reduce sus posibilidades de desarrollo personal y social.

Esto motivó a proponer acciones para responder a las necesidades de los adolescentes, involucrando a las familias, las instituciones educativas y sus grupos de pares, fortalece las posibilidades de interacción efectiva en cada uno de los momentos de verdad dentro de los servicios de salud o en sus lugares habituales de concentración dentro de los cuales se encuentran las instituciones educativas, y para los no escolarizados sus grupos de pares o redes sociales. (Ministerio de la Protección Social, 2003)

Para el 2005 la Política Nacional de Juventud 2005-2015 de la Presidencia de la República contextualiza la problemática del embarazo adolescente mas allá de ser un problema exclusivo de salud, menciona que la falta de oportunidades

educativas, pobreza, violencia, el no compromiso de otros sectores e incluso de las instancias gubernamentales encargadas del desarrollo de programas; son factores a tener en cuenta para la generación de alternativas con otro tipo de soluciones a través de abordajes distintos. (Consejo Nacional de la Juventud, 2005)

Establece como criterios para su desarrollo: Énfasis en lo local, equidad y pluralidad, enfoque de género, los derechos de los jóvenes, perspectiva poblacional, apropiación presupuestal y articulación con los planes de desarrollo.

Esta política convoca la construcción intersectorial del Plan Decenal de Juventud abordando su concepto bajo premisas de ciudadanía, democracia, libertad, diálogo, representación y equidad. (Programa Presidencial Colombia Joven, 2004)

Para resaltar, como un logro de las acciones implementadas en Colombia respecto al embarazo adolescente, los resultados de la última Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) 2010 muestran que la tasa de fecundidad en el grupo etario de 15 a 19 años disminuyó de 90 nacimientos en el 2005 a 84, cifra que ubica al país cerca al promedio de este indicador en Latinoamérica. (Profamilia, 2010)

Con respecto al desarrollo de planes y programas la Resolución 412 del 2000 adopta las Normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones

de protección específica y detección temprana de alteraciones de la población; en la categoría de acciones de detección temprana contempla las alteraciones de desarrollo del joven entre 10 y 29 años.

Establece los componentes que debe tener la consulta de atención en este grupo poblacional, como la orientación en prevención de riesgos y del autocuidado. Indica la necesidad de atención diferenciada con acciones de asesoría en salud sexual y reproductiva que incluye planificación familiar, y la prevención de embarazos no planeados. (Ministerio de la Protección Social, 2000)

La Ley 1098 de 2006 sanciona el Código de Infancia y Adolescencia cuyo objetivo es “(...) garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” presenta a esta población como sujeto de derechos bajo el concepto de protección integral. (Congreso de Colombia, 2006)

Dentro de estos derechos se encuentran entre otros: “Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano, Derecho a la integridad personal, Derechos de protección, Derecho a la salud, Derecho a la educación, Derecho a la intimidad, Derecho a la información.” (Congreso de Colombia, 2006)

Reglamenta la garantía de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud de manera oportuna, el acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva y como responsabilidades el sistema está obligado a desarrollar programas de prevención del embarazo adolescente. (Congreso de Colombia, 2006)

El Plan Nacional de Salud Pública sancionado en el Decreto 3039 de 2007 establece como una de las prioridades en salud mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, una de las estrategias de Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud es el “(...) implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos” (Ministerio de la Protección Social, 2007).

En el año 2008 la Resolución 425 que reglamenta el Plan de Salud Territorial y el Plan de Intervenciones Colectivas en el eje programático de salud y calidad de vida promueve las redes sociales de apoyo para la garantía del derecho a la protección de la salud sexual y reproductiva, así como el “ (...) desarrollo de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural”. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Respecto a las acciones de prevención de los riesgos en salud prioriza la implementación del modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes al igual que el Decreto 3039. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

En Colombia existen tres modalidades de servicios amigables para las y los adolescentes y jóvenes (Ministerio de la Protección Social; UNFPA, 2008): Consulta diferenciada, unidades de salud amigables y centros de salud amigables; la diferencia entre las dos últimas y la primera es el compartir espacio físico con otros servicios de salud.

Establece dentro de sus componentes la accesibilidad y oportunidad en llegar a los servicios de salud; superando barreras de discriminación, geográficas, de oferta de servicios e información, implementando horarios flexibles que se adecuen y tengan en cuenta las actividades propias de la población adolescente.

Con respecto a la regulación de calidad los servicios amigables para las y los adolescentes se encuentra el Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006) por medio del cual se establece en Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como las guías vigentes de la Resolución 412 de 2000.

El modelo de atención de los servicios amigables para adolescentes se basa en el concepto de gestión integral con la participación de otros actores como las

Entidades territoriales, EPS y entidades adaptadas y de prestación de servicios con las exigencias que implica un servicio de salud amigable en infraestructura, rutas y procesos de atención orientados al servicio de las y los adolescentes en cada momento de verdad, oferta de servicios individuales, colectivos, articulación con otros servicios de salud sexual y reproductiva y servicios de atención extramural.

Los servicios amigables implican la participación comunitaria con el objetivo de empoderar a las y los adolescentes para exigir sus derechos en salud, al igual que para asumir sus responsabilidades de autocuidado, de toma y consecuencias de sus decisiones; siendo así el adolescente puede autogestionar su proyecto de vida y emprender un proceso que implica la decisión para la acción incluyendo esto la probabilidad de ser madre o padre si así lo ha dispuesto.

La estrategia de atención diferenciada y los servicios amigables para adolescentes necesitan personal con el entrenamiento suficiente para brindar atención bajo características de confianza y respeto. El recurso humano que conforma los grupos de trabajo con las y los adolescentes utiliza los conceptos de trans e interdisciplinariedad para el desarrollo de las actividades permitiendo su abordaje integral (Ministerio de la Protección Social; UNFPA, 2008)

Estos dos tipos de conceptos amplían la posibilidad de tener puntos de vista simultáneos entre las disciplinas que integran los servicios, con la adopción de un

mismo método para el manejo de la problemática del embarazo en la población adolescente (interdisciplinariedad), o construir una nueva forma de ver el problema trascendiendo a las disciplinas bajo un concepto integrador con múltiples perspectivas que genere otras formas de conocimiento con sus diferentes aportes con una nueva forma para su intervención (transdisciplinariedad).

Dar cabida a los jóvenes para la construcción de conocimiento a partir de sus vivencias permite el desarrollo de soluciones que parten de la realidad, que es distinta de acuerdo a su entorno social.

El trabajo con las y los adolescentes y jóvenes implica que los profesionales tengan la capacidad de trascender los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, así como las relaciones asimétricas entre los sexos.

Por otro lado, ir más allá de la replicación o trasmisión de información es el objetivo que permite el desarrollo de competencias sociales que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del curso de vida. (Ministerio de la Protección Social, 2003)

El profesional que trabaja con adolescentes debe tener habilidades para el reconocimiento de las situaciones problemáticas por las cuales las y los

adolescentes atraviesan en su vida cotidiana, identificarlas y dar repuestas oportunas y precisas que promuevan la autonomía. Así mismo el respeto por la diversidad cultural a través de la aceptación de la diferencia, rechazando toda forma de exclusión social.

5. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se definieron como fuentes de información las siguientes:

- Literatura técnica e informes de organizaciones internacionales: OPS/OMS, UNFPA, UNICEF
- Libros que aborden la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes
- Actos administrativos de los países seleccionados
- Bases de datos Biblioteca Virtual en salud para el adolescente, biblioteca virtual en salud, EbscoHost, ProQuest.
- Literatura gris

6. METODOLOGÍA ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta la definición de revisión documental y la rigurosidad de la metodología; la identificación de la información relevante debe estar dirigida hacia la pregunta planteada en el problema, así como a responder a los objetivos propuestos para el logro del resultado.

A medida que se recolectó la información se realizó su clasificación, validación y análisis, este análisis se basó en la pertinencia, coherencia y validez para su inclusión.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Localización geográfica: Los países que se incluyeron en la presente revisión son: Brasil, Argentina y Chile
- Composición poblacional: Los países seleccionados tienen similares características en cuanto a la composición étnica respecto a la proporción de población indígena.
- Años de Publicación: Para el presente trabajo se incluyó políticas, planes, programas y normas entre el año 2000 hasta el 2010.
- Idioma: Se revisaron publicaciones en español, inglés y portugués

Se realizaron búsquedas bajo los siguientes términos:

- Adolescencia
- Juventud
- Políticas para adolescentes
- Políticas en salud para adolescentes
- Políticas públicas para adolescentes
- Salud sexual y reproductiva y adolescencia
- Clinical Preventive Services for Adolescents (Servicios preventivos para adolescentes)
- Youth Friendly Services (servicios amigables para adolescentes)
- Programas de salud para adolescentes
- Políticas de salud sexual y reproductiva en adolescentes

Tabla 3. Términos utilizados para búsqueda de políticas, planes, programas y normas en prevención de embarazo adolescente

ESPAÑOL	INGLES	PORTUGUES
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Adolescente • Joven • Juventud • Embarazo • Programas en salud • Políticas en salud • Políticas públicas • Políticas públicas en salud • Salud sexual y reproductiva • Prevención • Servicios preventivos en salud • Servicios amigables para adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescence • Adolescent • Teenager • Teen • pregnancy • Health Programs • Health Policy • Public policy • Public Health Policy • Sexual and Reproductive Health • Prevention • Preventive Health Services • Adolescent-friendly services 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescência • Adolescente • Juventude • Gravidez • Programas de Saúde • Políticas de saúde • Políticas públicas • Políticas públicas de saúde • Saúde sexual e reprodutiva • Prevenção • Serviços Preventivos de Saúde • Adolescente-friendly serviços

7. CATEGORIAS PARA EL DESARROLLO DE LA REVISIÓN

Al tomar como punto de partida los desafíos para el futuro en la construcción de políticas y programas de salud sexual y reproductiva en adolescentes descritos por Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003) y teniendo en cuenta que las autoras citan que estos desafíos permitirían la generación de recomendaciones particularizando los contextos culturales, sociales, económicos, políticos, prioridades y experiencias de cada país, en la presente revisión se tomaron aspectos de estos desafíos para realizar el abordaje de las políticas generadas en los seis países seleccionados.

Se decide utilizar estas recomendaciones, así llamadas por las autoras, como categorías para el desarrollo de la revisión teniendo en cuenta que su sustento metodológico y teórico así como el tipo de análisis realizado para llegar a estas conclusiones son el producto de la experiencia y el enfoque que a través del estudio de la problemática de las y los adolescentes, la visión futurista y las tendencias en la evaluación de programas para jóvenes se obtuvieron: (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003)

1. Desarrollar y fortalecer las políticas, planes de acción y programas de prevención de embarazo adolescente: Las políticas, los planes y programas en salud dirigidos hacia la población adolescente en prevención del embarazo deben abordar esta problemática con enfoque multisectorial,

teniendo en cuenta factores que incluyen sus etapas de desarrollo, género, cultura, valores, creencias. Facilitar el acceso a los servicios de salud desde la normatividad y proveyendo a las y los adolescentes de los elementos necesarios para la toma de decisiones con respecto a su sexualidad.

2. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes: La provisión de servicios de salud atractivos a la población adolescente, bajo un ambiente de seguridad, confidencialidad y respeto; un espacio que permita su participación activa y satisfaga sus necesidades no solo desde la perspectiva biológica, implica un cambio en la estructura tradicional las organizaciones que prestan servicios de salud.

La accesibilidad, asequibilidad y libre expresión generan un ambiente de confianza que permite intervenir positivamente brindando los elementos necesarios para la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva al adolescente.

3. Desarrollar las capacidades y los recursos humanos y apoyar la investigación y evaluación: La sensibilización de los profesionales de la salud y su capacitación en el trabajo con adolescentes implica la inversión del sector educativo para su formación; el desarrollo de las fortalezas y capacidades para brindar a las y los adolescentes no solo desde lo técnico

sino involucrando lo humano que hace posible escuchar sin juzgar para orientar.

El promover las investigaciones que permitan a través de la evidencia explorar nuevas formas de intervención de la problemática del embarazo adolescente que involucren aspectos como la cultura, las creencias, los valores permitirán comprender la conducta del adolescente y de esta forma adelantar acciones coordinadas con otros sectores.

4. Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con adolescentes: Esta categoría radica en el apoyo de estos actores al cambio en el abordaje de la problemática del embarazo adolescente, incorporando nuevas alternativas de intervención desde lo normativo en el caso de los legisladores y para los profesionales de la salud en términos de actualización para su atención.

Este cambio implica el abordar al adolescente desde la integralidad biológica y social como una oportunidad para mejorar el alcance de las políticas, planes, programas y normas en prevención del embarazo. Así las cosas las y los adolescentes se convertirían en sujetos activos contribuyendo directamente en la construcción de estas intervenciones.

En resumen estas categorías abordan aspectos como:

- Educación
- Enfoque multisectorial
- Heterogeneidad de la población adolescente
- Servicios de salud diferenciados “amigables” y basados en las necesidades de las y los adolescentes
- Integralidad en la atención
- Participación de la comunidad y la familia
- Participación de las y los adolescentes en la planeación de los programas y servicios de salud
- Movilización de pensamiento y paradigmas de los hacedores de políticas
- Recurso humano en salud capacitado y sensibilizado para el trabajo con adolescentes

8. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

8.1. POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA Y LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Argentina con una tasa de fecundidad en adolescentes reportada por el Ministerio de Salud en el 2008 de 64.3 por mil nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2010), hace que su experiencia en prevención de embarazo adolescente sea un referente documental en el estudio de políticas, planes, programas y normas a este respecto.

La forma de gobierno de Argentina es el de una República Representativa Federal que permite la descentralización a través de sus provincias; otorgándole al gobierno local la autonomía suficiente para crear sus propias instituciones, constitución y normas locales dentro de sus jurisdicciones. (Congreso General Constituyente, 1994).

Si bien el desarrollo legislativo de Argentina en beneficio de las y los adolescentes datan de antes del 2000, actualmente ha redundado en normatividad a bien de mejorar la situación de salud en este grupo poblacional

8.1.1. El desarrollo y fortalecimiento de planes de acción y programas

La República de Argentina ha impulsado desde la década de los noventa la incorporación de las y los adolescentes como una población visible y de esta forma el desarrollo de acciones programáticas, no solo desde el ámbito de salud; acciones que pueden influir en el camino de experiencias que permiten hacer evidente resultados favorables en prevención de embarazo adolescente.

En el nuevo milenio con la Ley 25.673 del 2003 promulgan el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación* estableciendo una estrategia de intervención en Salud Sexual así como en lo referente a la concepción; entre sus objetivos se encuentra el promover la salud de las y los adolescentes y la prevención de los embarazos no deseados, impulsa la construcción e implementación de programas en sus provincias. (Ministerio de Salud de la República de la Argentina, 2003)

Con la Resolución 619 del 2007 el Ministerio de salud hace formal la creación del *PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA* que propone estrategias y acciones dirigidas de manera específica hacia esta población bajo un enfoque multidimensional de esta etapa del curso de vida; recopila las experiencias de programas previos, promoviendo hábitos saludables y dando enfoque anticipatorio a la atención en salud. Como fortaleza el programa propone el desarrollo de procesos y construcción de indicadores para el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones realizadas. (Ministerio de Salud de la

República de Argentina. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2007)
(Ministerio de Salud de la República de Argentina, 2007).

8.1.2. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes

Al ser los servicios de salud parte integral del desarrollo de las políticas, planes y programas en prevención del embarazo adolescente la Ley 25.673 del 2003 (Ministerio de Salud de la República de la Argentina, 2003) que crea *el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación* refiere que los servicios de salud deben tener una adecuada calidad y cobertura para dar respuesta ante las necesidades en salud sexual y reproductiva; garantizando un ambiente de confianza y empatía para brindar asesoría; esta debe tener contenidos de acuerdo al grado de desarrollo del individuo, esta norma podría considerarse el primer paso para la generación de servicios diferenciados en la Argentina.

En el 2005 con la Ley 26.061 de *Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes* (Congreso de la República de Argentina, 2005) se cataloga el acceso a los servicios de salud como un derecho, garantizando integralidad, igualdad, oportunidad y asegurando las acciones en promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

El *Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia* reglamentado en el 2007 por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de la República de Argentina. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2007) contextualiza esta etapa del curso de vida bajo características diferenciales de género y roles sociales, definiendo grupos etáricos que permiten especificar acciones en prevención del embarazo adolescente teniendo en cuenta el grado de desarrollo e impartir los contenidos en las asesorías.

Como iniciativa en el 2009 de la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 y el Hospital Argerich de Buenos Aires, se edita el documento que detalló el acceso, la organización, planeación y atención de las y los adolescentes bajo la estrategia de servicios amigables, que toma los principios rectores establecidos por la Federación Internacional de Planificación de la Familia, dentro de los cuales se encuentran: favorabilidad, confidencialidad, privacidad, integralidad, oportunidad, celeridad, continuidad y Seguridad. (Berner, y otros, 2009)

Su estructura organizacional tiene tres componentes:

- Asistencial: Donde se brindan los servicios de promoción, prevención y asistencia. Los dos primeros servicios son desarrollados bajo estrategias grupales de educación en prevención en salud sexual y reproductiva donde se incluye entre otras temáticas el embarazo adolescente. La parte asistencial se desarrolla bajo el modelo de asesorías de enfoque individual.

- Docencia y formación: Formación de pregrado y posgrado de médicos con énfasis en el manejo de estrategias educativas grupales.
- Investigación: Motivación y financiamiento de las investigaciones que permitan mejorar las estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva con adolescentes que incluye el componente de embarazo.

Este documento establece principios éticos para la atención de la población adolescente entre los cuales se encuentran:

- Autonomía: Para el proceso de toma de decisiones en salud sexual y reproductiva. Para su desarrollo se plantea una relación construida entre el profesional y el paciente basada en el acompañamiento.
- Confidencialidad: Se debe mantener el secreto médico ante la información confiada por el adolescente durante una asesoría en salud sexual y reproductiva.

El enfoque de este modelo de atención se basa en la integralidad y bajo los conceptos de autoestima, bienestar y autocuidado en un espacio que permita una asesoría, mas que una consulta teniendo en cuenta la importancia de este momento de verdad ya que puede ser un único contacto con los servicios de salud

o el primero y definitivo para la toma de una decisión en salud sexual y reproductiva. (Berner, y otros, 2009)

8.1.3. Desarrollar las capacidades, los recursos humanos y apoyar la investigación y evaluación

La formación integral de los profesionales de salud implica desarrollar competencias que le permitan interactuar en los servicios de salud en las asesorías individuales mejorando la calidad de las intervenciones para la población adolescente.

En la normatividad vigente respecto a la formación de los profesionales de la salud, la Ley 24.521 actualizada en el 2006, dicta las disposiciones de formación profesional bajo principios de calidad, excelencia y compromiso social, donde los planes de estudio son aprobados por el Estado previo cumplimiento de estos requisitos. (Congreso de la República de Argentina, 2006).

Dentro de la literatura consultada se encuentran iniciativas que no están elevadas al nivel de política, plan, programa o norma, pero son consideradas como experiencias reconocidas por organismos internacionales de salud como lo es El Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas “José de San Martín” de Buenos Aires.

Esta experiencia muestra la importancia en la formación de profesionales de la salud con competencias para el manejo de adolescentes y las fortalezas de los hospitales universitarios como factor diferenciador de un programa de atención al adolescente con componentes de prevención del embarazo, tanto así que es reconocido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Internacional de Ginecología Infantojuvenil (FIGIJ) como centro de entrenamiento. (Mendez, Girard, Coll, Calvo, & Villegas, 2003)

8.1.4. Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes

Es a través de la evolución normativa donde se evidencia la movilización de pensamiento de los legisladores. Al observar como Argentina desde la década de los noventa apropió la Convención de los Derechos del Niño hasta el 2008 con el documento del Programa Nacional de Salud Integral en la adolescencia; permite concluir que ha existido evolución en cuanto a servicios de salud, su acceso, su diferenciación teniendo en cuenta los grupos etarios dentro de la adolescencia, el sexo, el hacer visible este grupo más allá del concepto de etapa biológica con características de conflicto, el involucrar otros sectores a la problemática del embarazo adolescente, el fortalecimiento de la educación en el ámbito escolar, el involucrar a los padres, a la comunidad y a los mismos adolescentes como sujetos activos en la construcción de sus servicios de salud.

Lo anterior hace dinámico el proceso de generación de políticas, planes, programas y normas en Argentina que tal vez contribuya como factor determinante para que el país tenga una de las tasas de fecundidad adolescente más bajas en Suramérica.

Con respecto a los profesionales que trabajan con jóvenes el *Programa Nacional de Educación Sexual Integral Ley 26.150* (Congreso de la República de Argentina, 2006) implementa la educación sexual en establecimientos privados y públicos como un derecho, garantiza que se impartan conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados con iguales oportunidades para ambos sexos; con respecto a la prevención del embarazo adolescente esta norma señala la promoción de actitudes responsables ante la sexualidad.

Previamente a esta la Ley 25.673 (Ministerio de Salud de la República de la Argentina, 2003) menciona la necesidad de coordinación entre los Ministerios de Salud, educación y desarrollo social, y medio ambiente para capacitar educadores y trabajadores sociales así como otros actores comunitarios para brindar el apoyo necesario en salud sexual y reproductiva para esta población.

8.2. POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BRASIL Y LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La Tasa de fecundidad adolescente en Brasil según el Instituto de Geografía y estadística para el 2008 fue de 76 por mil mujeres de 15 a 19 años. (Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, 2009) cercana al promedio de Suramérica de 73 nacimientos dado por el UNFPA en su informe mundial del 2010 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011).

El Estado de Brasil constitucionalmente se concibe como un Estado Federado Democrático y de Derechos; la salud es catalogada como un derecho social y un deber del Estado proporcionarla independiente de las contribuciones de los ciudadanos; es así como se enmarca el Sistema Único de Salud del Brasil y en este los principios de atención integral en salud que incluyen a toda la población. (Asamblea Nacional Constituyente de la República del Brasil, 1988)

8.2.1. El desarrollo y fortalecimiento de planes de acción y programas

El objetivo de la Política en salud sexual y reproductiva en el Brasil es el poder superar las barreras que existen al preconcebir a las y los adolescentes como una población en crisis, desordenada e irresponsable; características que se generan desde el concepto de riesgo, creando una connotación negativa que incrementa

las disparidades con los servicios de salud y las políticas, alejando a las y los adolescentes de la posibilidad de buscar ayuda. (Ministério da Saúde, 2005)

El programa de Nacional de Salud integral para los adolescentes (Ministério da Saúde, 2005) implementa la atención integral adaptable a la realidad local en cada una de las regiones del país.

Con referencia a la salud sexual y reproductiva el programa hace relación a:

- La búsqueda de autonomía, libertad y toma de decisiones; es parte de su desarrollo bajo el concepto de amor, sentimientos, emociones e intimidad;
- El reconocimiento como persona sexuada, sometido a toma de decisiones y vulnerable si no tiene los suficientes elementos para tomarlas
- Las y los adolescentes inician cada vez mas temprano su actividad sexual, vivencia que por lo general se da en condiciones asimétricas y bajo relaciones de poder que implican sometimiento, desigualdad y altas tasas de morbilidad y mortalidad como en el caso de las mujeres adolescentes con embarazos precoces y desenlaces mortales.

Con respecto al embarazo adolescente la connotación de desigualdad de género trasciende las relaciones culturales, sociales y económicas donde la mujer ha sido responsabilizada del cuidado de la familia y la reproducción; muchas veces adicional a la sociedad, los servicios de salud también le imponen esta

reponsabilidad generandose relaciones de poder desiguales y en las cuales las mujeres terminan “exponiendose” al embarazo no planeado asi como a otros riesgos. (Ministério da Saúde, 2006)

8.2.2. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes

La atención integral al adolescente está basada en los principios de: (Ministério da Saúde, 2005)

- Ética
- Privacidad
- Confidencialidad

Estos principios deben estar enmarcados bajo el concepto de adolescente como sujeto de derechos, autónomo, participativo, responsable, teniendo en cuenta su contexto social, económico, cultural y sus necesidades en salud basadas en el perfil epidemiológico; sin desconocer que esto se desarrolla teniendo en cuenta los recursos humanos y financieros disponibles para la organización de los servicios.

Dentro sus directrices los servicios para adolescentes tienen en cuenta para su implementación temas básicos, que permiten su desarrollo físico, mental, moral,

espiritual y social influyendo esto en la toma de decisiones e impactando sobre su sexualidad y la posibilidad de un embarazo: (Ministério da Saúde, 2010)

- Participación juvenil: Permite el reconocimiento de las y los adolescentes como sujetos provistos de capacidades que pueden transformar la sociedad.
- Equidad de género: Históricamente la dependencia con respecto a la toma de decisiones sobre la sexualidad ha ejercido en el género femenino en este caso las adolescentes una posición de desventaja situación que ha venido mejorando.
- Derechos sexuales y reproductivos: La diferencia cultural construida entre hombres y mujeres afecta de manera directa el acceso a la información en salud sexual y reproductiva, especialmente de las mujeres que son consideradas como las responsables de la vida reproductiva.
- Proyecto de vida: La elaboración de su futuro, el fortalecimiento de su identidad y facilitarles las alternativas desde lo social, económico y cultural son algunos de los elementos que deben estar presentes en las asesorías en salud sexual y reproductiva.
- Cultura de Paz: El respeto y la responsabilidad hacia los otros son valores que deben ser considerados por las y los adolescentes dentro de sus diferentes contextos de vida.
- Ética y ciudadanía: El respeto hacia las instituciones como parte de una comunidad construye ciudadanía.

- Iguadad racial y etnica: Por su constitución poblacional debe contemplarse que no existan diferencias entre los grupos de afrodesendientes y el resto de la sociedad que aumente la desigualdad social y la marginalización.

Para Brasil la organización de los servicios de atención a las y los adolescentes en salud sexual y reproductiva se fundamentan en el concepto de vulnerabilidad.

Ahora bien ¿Por qué vulnerabilidad? Para el desarrollo de políticas, planes y programas en Brasil este concepto permite incluir causas que las personas no pueden modificar, factores que no dependen de las y los adolescentes pero que realmente afectan la toma de sus decisiones, dentro de estos se pueden enumerar los económicos, sociales, culturales, de género, psicológicos y físicos.

El ser vulnerable para el adolescente implica circunstancias que estan por fuera su posible control como es el caso de la falta de acceso a la educación, a los servicios de salud, la no disponibilidad de metodos anticonceptivos, el no poseer recursos financieros por parte del estado para la implementación de programas de salud sexual y resproductiva. Asi las cosas este concepto al considerar otros factores permite ver el problema con otra pespectiva y abordarlo con otras estrategias de intevención incluyendo aquellas que no solo dependen de los servicios de salud.

En los servicios de salud para adolescentes en el Brasil, es una condición el tener claridad respecto a las estrategias de trabajo diferenciadas de acuerdo al sexo, su adecuación a las regiones teniendo en cuenta el contexto cultural de la población, los conocimientos y prácticas en cuanto a planificación familiar, los estereotipos sociales, su construcción individual como ser humano y su grupo étnico, ya que sus vulnerabilidades son distintas.

8.2.3. Desarrollar las capacidades, los recursos humanos y apoyar la investigación y evaluación

Los recursos humanos en salud de los servicios de atención integral para las y los adolescentes desarrollan competencias profesionales de alta calidad técnica, sensibilización respecto a la situación de las y los adolescentes en sus diferentes regiones, capacidad de escucha y alta capacidad de trabajo en equipo, contribuyendo a la resolución de conflictos.

La actualización continua transforma cada día su ejercicio profesional y brinda calidad y calidez a sus atendidos, creando así un espacio de confidencialidad y respeto que permite al adolescente tomar su decisión con autonomía y basada en conocimientos. (Ministério da Saúde, 2005)

Con respecto a la evaluación de las políticas, planes y programas en prevención del embarazo adolescente existe un proceso que da cuenta del impacto de las estrategias; como parte de las alternativas de mejoramiento para la toma de decisiones e implementación de nuevas acciones.

8.2.4. Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes

A partir de la década del noventa Brasil inicia el desarrollo normativo para mejorar la atención en salud de las y los adolescentes promulgando el *Estatuto da Criança e do Adolescente* en 1990 donde los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como fundamentales y ratificando la normatividad internacional, se reconocen los derechos individuales a la educación, y a la decisión libre y autónoma de la sexualidad responsable bajo los principios de no discriminación ni interferencia. (Ministério da Saúde, 2007)

En el 2006 y teniendo en cuenta la evolución del concepto de adolescencia se elaboró el marco teórico referencial (Ministério da Saúde, 2006) alrededor de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes partiendo del concepto de vulnerabilidad como una postura ante sus experiencias y su capacidad de decidir sobre una situación de riesgo directamente relacionada con factores individuales, culturales, sociales, políticos, económicos y biológicos.

Siendo así el factor diferenciador, es que cada individuo tiene sus propias vivencias y por esto los servicios de salud deben experimentar un cambio que implique el trabajar con individuos que están inmersos en condiciones de vida distintas así como factores culturales, étnicos, sociales y económicos que influyen en su desarrollo y en su cotidianidad.

Esto trasciende la atención clínica en los servicios de salud permite el generar una estrategia que involucre a las y los adolescentes a participar en la construcción de sus alternativas de vida, construcción de autonomía, autoestima, desarrolla en los adolescentes la posibilidad de resistencia ante las presiones del medio y les permite resolver los problemas con que se enfrentan.

El desarrollo de este marco referencial de atención en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes se basa en los principios de:

- Descentralización donde las diferencias locales y la adaptación de las políticas, planes y programas a cada contexto permite la articulación con otros sectores para lograr impacto en la atención.
- Atención integral entre las acciones preventivas y de asistencia
- Participación de la comunidad
- Promoción de la salud como estrategia de participación de las y los adolescentes en la construcción de sus propios servicios de salud logrando atraerlos y adherirlos para lograr impacto.

La evolución normativa y el impulso a la generación de nuevas alternativas para la construcción de políticas, planes, programas y normas dirigidas hacia la población adolescente ha sido el resultado de la participación social de diversos movimientos de características feministas y de juventudes, integración que es necesaria para su elaboración, implementación y evaluación. (Ministério da Saúde, 2006)

8.3. POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE Y LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Chile es el país de Suramérica con la menor tasa de fecundidad adolescente de 48.8 (Ministerio de Salud Gobierno de Chile; UNFPA; FLACSO Chile, 2009) aún así sus instancias gubernamentales consideran el embarazo adolescente como un problema más allá de los servicios de salud, y de carácter social.

El carácter social del problema implica: inequidad, profundización de la pobreza, deserción escolar, violencia intrafamiliar, discriminación social, falta de reconocimiento del adolescente como sujeto de derechos, falta de políticas de promoción de las decisiones en salud sexual y reproductiva y el no fortalecimiento de la autodeterminación mas allá de lo que el Estado pueda proveer. (Palma, 2001)

El punto crítico para el desarrollo de políticas, planes y programas en prevención del embarazo adolescente en Chile radica en involucrar la familia, el Estado, las entidades privadas, el sector educativo y el sector salud.

Chile es un país que ha trabajado la problemática del embarazo adolescente desde los años 90 con la promulgación de políticas hacia el mejoramiento de su salud, es un Estado democrático descentralizado que promueve el fortalecimiento de sus regiones y considera dentro de los derechos constitucionales el derecho a

la protección de la salud con énfasis en el acceso a los servicios de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. (Congreso Nacional de Chile, 2005)

8.3.1. El desarrollo y fortalecimiento de planes de acción y programas

(Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2008)

La política actual de Juventud de Chile se desarrolla sobre dos conceptos fundamentales: Los determinantes sociales y los Derechos humanos.

Con respecto a los determinantes sociales la política de salud para adolescentes resalta dos determinantes como significativos y relacionados de manera directa con la problemática del embarazo adolescente: el género y el nivel socioeconómico; y aunado a estos la educación y el acceso a los servicios de salud.

Con respecto al enfoque de derechos humanos fundamenta su posición en La Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la Convención de Derechos del Niño/a y Adolescentes en ambos documentos se reconoce a los jóvenes y adolescentes como sujetos de derechos, se le da preponderancia a la salud como “(...) bien superior y derecho básico para el desarrollo social y económico”

Esta política establece fundamentos éticos dentro de los cuales se encuentran:

- Respeto a la Autonomía.
- Derecho al Consentimiento Informado y a la Confidencialidad.
- Respeto a la diversidad y pertenencia cultural.
- Respeto al Principio de Beneficencia.
- Respeto al Principio de No Maleficencia.
- Respeto al Principio de Justicia.
- Respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Como principios rectores para el desarrollo esta política establece como fundamentales: La equidad, el desarrollo humano, la autonomía y confidencialidad, la integralidad, universalidad, intersectorialidad, participación, flexibilidad y el fortalecimiento Familiar.

Dentro de sus estrategias de acción propone hacer visibles a los jóvenes dando reconocimiento desde lo legislativo a sus necesidades de salud como prioritarias y relevantes, empoderar a este grupo poblacional a través de su participación activa en la toma de decisiones que afectan su salud, promover hábitos de vida saludable otorgándoles conocimiento acerca de los diferentes factores de riesgo y el estímulo a la potencialización de los factores protectores.

8.3.2. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes

(Grupo asesor en adolescencia y sexualidad, 2004)

Con respecto a los servicios diferenciados, en el año 2004 son publicados los contenidos técnicos para su implementación y desarrollo en los centros de atención primaria. Su fundamento incluye la perspectiva de derechos de la población adolescente como ciudadanos, para actuar sobre los factores de riesgo en esta etapa del curso de vida.

Estos servicios se implementan como una estrategia complementaria a aquellas generadas desde el sector educativo e incluyen como objetivos garantizar el acceso a los métodos de planificación familiar, generar a través de las asesorías en salud sexual y reproductiva una conducta sexual saludable, corregir barreras de acceso a los servicios, y mejorar calidad y pertinencia para lograr posicionamiento en la población de adolescente como un servicio diferenciado.

Para estos servicios el interés primario está en cubrir los requerimientos de las y los adolescentes en términos de orientación en salud, más allá de pretender demostrar resultados estatales o intereses de terceros.

Por otro lado el superar las barreras de género que otorgan características tradicionales a las mujeres adolescentes impidiéndoles el tomar la iniciativa para el uso de métodos anticonceptivos, implica que estas asuman embarazos a

temprana edad no planeados, barrera que debe ser superada desde la asesoría en el servicio de salud empoderando a las mujeres adolescentes a exigir su derecho a la participación y escogencia en la utilización de métodos anticonceptivos.

8.3.3. Desarrollar las capacidades, los recursos humanos y apoyar la investigación y evaluación

Dentro de las líneas de acción de la Política Nacional de Adolescencia y Juventud el relevar la salud de la gente joven debe necesariamente motivar a la formación de recursos humanos e investigaciones que desde las universidades promuevan el conocimiento de esta etapa del curso de vida.

El dotar de herramientas a los profesionales de la salud para el trabajo con adolescentes y jóvenes implica el establecer procesos de gestión e iniciativas que tiendan al desarrollo de competencias que potencialicen el impacto de las intervenciones desde los servicios de salud.

Establece como esencial la motivación a la formación de profesionales especializados para el trabajo con adolescentes y jóvenes.

Para esto es necesario el brindar las herramientas necesarias a los profesionales que trabajan con adolescentes mediante la sensibilización y transmisión de conocimiento práctico que les permita interactuar con las y los adolescentes; por otro lado fortalecer la capacidad de liderazgo de los profesionales para generar nuevas estrategias de impacten que atraigan a las y los adolescentes hacia los servicios.

8.3.4. Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes

Posterior a la promulgación de la política de juventud del año 1995 que aseguraba la atención en salud de las y los adolescentes y con el objetivo de incorporar enfoques de trabajo con este grupo poblacional de características cualitativas, el Gobierno de Chile propone en el 2005 que la política de salud de las y los adolescentes contenga como bases conceptuales de desarrollo los Determinantes sociales y la promoción del ejercicio de Derechos.

Así las cosas establecen un cambio de paradigma considerando la necesidad de, adicional a la garantía en la prestación de los servicios de salud a este grupo poblacional el incorporar los determinantes sociales de la salud así como la perspectiva de derechos, bajo un enfoque cualitativo y de promoción de la salud.

8.4. ASPECTOS QUE PODRIAN GENERAR OTROS ABORDAJES EN COLOMBIA

Para Colombia dentro de sus políticas, planes, programas y normas en prevención del embarazo adolescente el desarrollo de la complementariedad entre los enfoques de vulnerabilidad, riesgo, determinantes sociales y derechos constituiría un avance interesante teniendo en cuenta la realidad Nacional.

Lo anterior implicaría, la construcción de alternativas de intervención con carácter intersectorial, situación que llevaría implícita procesos de movilización de pensamiento en los líderes de sectores diferentes a salud alrededor del concepto de adolescencia. Esto con el objetivo de incidir de manera positiva en el paradigma que responsabiliza al sector salud como líder directo y único responsable del trabajo en prevención del embarazo adolescente.

Uno de los sectores considerados como fundamental en los países objeto de la presente revisión para la prevención del embarazo adolescente es el educativo; teniendo en cuenta que el ámbito escolar es donde se encuentran las y los adolescentes la mayor parte del tiempo, hace parte de su cotidianeidad, es su ambiente de desarrollo y el sitio de encuentro con sus pares etarios; situación propicia que facilita mas allá de impartir conocimientos generar su apropiación y con esto posibles cambios que puedan llevar a mejorar la situación actual del embarazo adolescente en el país; así las cosas el sector educativo intervendría

como coresponsable de las estrategias de prevención del embarazo adolescente en el país.

Por otra parte, transversal a las estrategias de todos los países, los servicios de salud son responsables de mitigar el impacto que ejerce el embarazo adolescente en su salud, sus consecuencias y desenlaces adversos; siendo así el brindar la asesoría necesaria bajo un ambiente de confianza para tomar una decisión libre y responsable al igual que el facilitar a las y los adolescentes el acceso a los métodos anticonceptivos contribuiría de gran manera al logro de los objetivos en prevención.

Para esto es necesario el tener recurso humano capacitado en el trabajo con adolescentes, profesionales de la salud y docentes que tengan la formación y las habilidades para interactuar con las y los adolescentes, esto se lograría si Colombia desde la academia desarrolla programas de especialización y formación avanzada para profesionales de la salud y docentes; esto a su vez permitiría el desarrollo de investigaciones cuyas conclusiones podrían dar nuevas alternativas de abordaje al problema.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Posterior a la revisión de las fuentes de información para los tres países seleccionados, las siguientes conclusiones se presentan como alternativas para ser implementadas hacia el futuro en Colombia, claro está teniendo en cuenta el contexto nacional al igual que su evaluación previa:

- La formulación de las políticas, planes, programas y normas dirigidas hacia la prevención del embarazo adolescente dependen en gran medida de hacer visible el problema para generar alternativas de solución que involucren otros sectores sociales y gubernamentales.
- El embarazo adolescente al ser considerado por los países objeto de esta revisión no solo como un problema del sector salud, han permitido el abordaje con perspectiva multisectorial, de derechos, de género, y de determinantes.
- En países como Chile donde el eje de sus desarrollos legislativos en prevención del embarazo adolescente es el sector educativo muestra que el incorporar estrategias pedagógicas en prevención del embarazo adolescente en las instituciones educativas lleva a un cambio de paradigma en la formación de docentes, otorgándoles herramientas para asumir el reto

y la responsabilidad de suministrar la información completa, precisa, veraz y de acuerdo a la edad de los educandos.

- En orden descendente Chile y Argentina presentan las tasas de fecundidad más bajas, y al comparar estas cifras con el indicador de uso de métodos anticonceptivos en este grupo poblacional se demuestra alta proporción de su uso, situación que puede estar relacionada entre sí; habría que explorar en futuras investigaciones las estrategias que estos países han implementado para el acceso a los métodos de planificación familiar en este grupo poblacional.
- En Colombia el inicio de la actividad sexual teniendo en cuenta las cifras de Chile y Argentina es 1.7 años en promedio más tardío, pero con una alta tasa de fecundidad que podría estar relacionada a la falta de fortalecimiento de las estrategias educativas que más allá del conocimiento de los métodos anticonceptivos motiven a las adolescentes a su utilización, así como a la toma de decisiones bajo criterios de apropiación de conocimiento.
- El abordaje del problema del embarazo adolescente desde las perspectivas de la OMS/OPS y el UNFPA podrían ser consideradas como complementarias, mientras el primer organismo enfoca la construcción del ser humano desde su desarrollo integral dentro de un contexto social, el

UNFPA adiciona la influencia por múltiples factores bajo una concepción de derechos y toma de decisiones.

- Al tener bajo un mismo documento las experiencias de varios países con grados si bien no iguales de desarrollo si similares y problemáticas muy parecidas, podría esto permitir el desarrollo de propuestas evaluativas que demuestren el impacto de sus estrategias y de acuerdo a los resultados aplicar aquellas que sean adaptables a realidades distintas, como es el caso de Colombia.
- El abordar el concepto de adolescente desde una perspectiva integral más allá del paradigma biológico, considerándolo como un ser humano con capacidad de decisión y autónomo podría permitir el desarrollo de modelos anticipatorios de atención en salud con la probabilidad de obtener resultados de impacto en los indicadores epidemiológicos que miden la fecundidad adolescente.
- Considerar a la población adolescente como de alta vulnerabilidad mas allá de ser una población “de riesgo” involucra la posibilidad de intervenir efectivamente para mejorar su calidad de vida y su desarrollo, permite que las estrategias mas allá de establecer probabilidades en la ocurrencia de un

evento, en este caso el embarazo, lleve a acciones sobre los factores sociales que ejercen impacto en su presentación.

- Los servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes son una alternativa desde el sector para contrarrestar el impacto que genera el embarazo adolescente, así las cosas el manejo técnico para las intervenciones orientadas hacia la generación de un ambiente de asesoría más que de “consulta” podrán tener mejor impacto y aceptación por parte de este grupo poblacional.
- La participación activa de las y los adolescentes en la construcción de las alternativas de atención y solución a la problemática del embarazo adolescente bajo parámetros de corresponsabilidad y autocuidado permite su libre expresión así como la adecuación de las políticas, planes y programas a sus necesidades sentidas.
- La voluntad por parte de las organizaciones académicas y los Estados para estructurar programas de posgrado o especialización en salud del adolescente es una alternativa que podría permitir el compromiso y enfoque técnico en las políticas, planes y programas que se desarrollen para la atención en prevención del embarazo adolescente.

- La motivación y la asignación de recursos para investigaciones en salud en prevención del embarazo adolescente que involucren factores sociales desde lo cualitativo podrían generar alternativas para la incorporación de nuevas estrategias que permitan otro abordaje de esta problemática.
- El sensibilizar a los profesionales de la salud en la importancia que tiene el contacto con un adolescente y sus implicaciones en la toma de decisiones informadas.

BIBLIOGRAFÍA

Aftalión, E., Garcia, F., & Villanova, J. (1984). *Introducción al derecho*. Bogotá: Temis.

Ara, I. (1996). *Teoría del derecho*. Madrid: Taller ediciones JB.

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá.

Asamblea Nacional Constituyente de la República del Brasil. (1988). *Planalto.gov.br*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

Berner, E., Calandra, N., Corral, A. M., Medina, V., Tarzibachi, E., Vázquez, S., y otros. (2009). *Adolescencia, un servicio amigable para la atención integral de la salud*. Buenos Aires: FUSA 2000.

Bobbio, N. (2007). *Teoría de la norma jurídica*. Bogotá: Temis.

Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2008). *Jovenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas sexuales en los adolescentes*. Washington: OPS/OMS.

Centro de estudios de población y desarrollo social. (Octubre de 2005). *cepar.org.ec*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2011, de http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/01_introduccion.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2008). *Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar*. Santiago de Chile: United Nations.

Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (CIPEA). (2009). *Sistematización de sus avances y lecciones aprendidas*. Quito.

Comité Regional Andino Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (Diciembre de 2010). *unfpacolombia.org*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2011, de <http://www.unfpacolombia.org/uploadUNFPA/file/BarrerasJovenesWeb.pdf>

Congreso de Colombia. (8 de Noviembre de 2006). Ley 1098. *Código de Infancia y Adolescencia* . Bogotá, Colombia.

Congreso de la República de Argentina. (22 de Noviembre de 1990). Ley 23.849. *Aprobación de la convención sobre los derechos del niño* . Buenos Aires, Argentina.

Congreso de la República de Argentina. (Diciembre de 2006). Ley 24.521. *Ley Nacional de Educación Superior* . Buenos Aires, Argentina.

Congreso de la República de Argentina. (28 de Septiembre de 2005). Ley 26.061. *Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes* . Buenos Aires, Argentina.

Congreso de la República de Argentina. (23 de Octubre de 2006). Ley 26.150. *Programa Nacional de Educación Sexual Integral* . Buenos Aires, Argentina.

Congreso de la Republica de Colombia. (8 de Noviembre de 2006). Ley 1098 de 2006. *Codigo de la Infancia y la Adolescencia* . Bogotá, Bogotá, Colombia: Congreso de la Republica de Colombia.

Congreso General Constituyente. (22 de Agosto de 1994). Capitulo Primero: Declaraciones, derechos y garantías. *Constitucion Política de la Republica de Argentina* . Buenos Aires, Argentina.

Congreso Nacional de Chile. (25 de Septiembre de 2005). *leychile*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2011, de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: http://www.leychile.cl/Consulta/Exportar?radioExportar=Normas&exportar_formato=pdf&nombearchivo=DTO-100_22-SEP-2005&exportar_con_notas_bcn=True&exportar_con_notas_originales=True&exportar_con_notas_al_pie=True&hddResultadoExportar=242302.2011-07-11.0.0%2

Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2009). *dane.gov.co*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2011, de http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=632&Itemid=119

Dirección de estadísticas e información en salud. Ministerio de Salud de la Nación. (2008). *Anuario estadísticas vitales*. Buenos Aires.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2011). *Estado de la Poblacion Mundial 2010*.

Green, A. (2007). *An introduction to health planning for developing health systems*. United Kingdom: Oxford University Press.

Grupo asesor en adolescencia y sexualidad. (Diciembre de 2004). Atención Amigable para adolescentes en establecimientos de atención primaria. *Orientaciones técnicas* . Santiago de Chile, Chile.

Hernandez, I., Aibar, C., Aranz, J., & Lumbreras, B. (2008). Planificación y programación en atención a la salud. En G. Piédrola, *Medicina preventiva y salud pública* (págs. 1193-1198). Barcelona: Elsevier Masson.

Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística. (2009). *Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro.

Instituto de Género, Derecho y Desarrollo; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; International Womens Health Coalition. (2010). ¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires.

Instituto Nacional de estadística y Censos de la República de Argentina. (2001). *indec.gov.ar*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2011, de http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=50

Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2011). *Estadísticas Vitales. Informe Anual 2009*. Santiago de Chile.

Mcgraw-hill. (2011). *mcgraw-hill.es*. Obtenido de <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176324.pdf>

Mendez, J., Girard, G., Coll, A., Calvo, E., & Villegas, D. (2003). Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas “José de San Martín”: un modelo de atención interdisciplinaria del adolescente. *Archivos Argentinos de Pediatría* , 101 (6), 1-9.

Ministério da Saúde. (2009). *Datasus*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2011, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>

Ministério da Saúde. (2010). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. *Série A. Normas e Manuais Técnicos* . Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2007). *Marco Legal: Saúde um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2006). Marco teórico e referencial : saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, Brasil.

Ministério da Saúde. (2005). Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, Brasil: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. (2006). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006*. Brasília.

Ministerio de la Protección Social. (10 de Agosto de 2007). Decreto 3039. *Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010* . Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (3 de Abril de 2006). Decreto número 1011 de 2006. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud* . Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social. (25 de Febrero de 2000). Resolución 412. *Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (11 de Febrero de 2008). Resolución 425. *Metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social; UNFPA. (Diciembre de 2008). *Servicios de Salud Amigables Para Adolescentes y Jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Indicadores Seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años*. Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.

Ministerio de Salud de la República de Argentina. (6 de Mayo de 2007). Resolución 619. *Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la República de Argentina. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. (28 de Febrero de 2007). *Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la República de la Argentina. (23 de Mayo de 2003). Ley 25.673. *Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2008). Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. Santiago de Chile, Chile.

Ministerio de Salud Gobierno de Chile; UNFPA; FLACSO Chile. (Marzo de 2009). Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile 2008. *Programa de Género y Equidad*. Santiago de Chile, Chile.

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (11 de Mayo de 2007). Información estadística sobre la adolescencia en la Argentina. Buenos Aires, Argentina.

OPS. (2008). *Indicadores Básicos para la salud en Brasil: Conceptos y aplicaciones*. Brasilia: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *whqlibdoc.who.int*. Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/8495076799_spa.pdf

Ortale, M. S. (2007). Aportes de la antropología médica a la reflexión sobre las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a madres adolescentes en la Argentina. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, 137-155.

Palma, I. (2001). *paho.org*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2011, de <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/adolescents.pdf>

Pantelides, E. A. (9 a 11 de Junio de 2003). *Eclac.org*. Recuperado el 26 de Abril de 2011, de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf> Sitio web Eclac.org:

Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010). *Salud y Bienestar de los adolescentes y jóvenes: Una mirada integral*. Buenos Aires: OPS/OMS.

Perez, M., Pinzón, H., & Alonso, L. M. (2007). *Promoción de la Salud conceptos y aplicaciones*. Barranquilla: Uninorte.

Piédrola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier Masson.

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

Programa Presidencial Colombia Joven. (Octubre de 2004). Política Nacional de Juventud. *Bases para el Plan decenal de Juventud 2005-2015*. Bogotá, Colombia.

Roldan, P. (s.f.). *Conceptos Generales sobre planificación*. Recuperado el 30 de Marzo de 2012, de [aprendeenlinea.udea.edu.co: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8VnMVy_DrJYJ:aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup%3Dtrue%26id%3D68201+Profesora+Piedad+Rold%C3%A1n&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEESjRezSJzmATo1I6JrnqCIZxss3p-5fdMZjYkiE02i7B6Yh9OcLEI](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8VnMVy_DrJYJ:aprendeenlinea.udea.edu.co:https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8VnMVy_DrJYJ:aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup%3Dtrue%26id%3D68201+Profesora+Piedad+Rold%C3%A1n&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEESjRezSJzmATo1I6JrnqCIZxss3p-5fdMZjYkiE02i7B6Yh9OcLEI)

Roth Deubel, A. N. (2010). Las políticas Públicas y sus principales enfoques analíticos. En D. Arrubla, M. Ballesteros, L. Barreto, V. Calderon, M. Camacho, L. Cano, y otros, *Enfoques para el análisis de políticas públicas* (págs. 17-56). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Roth Deubel, A.-N. (2002). *Políticas Públicas*. Bogotá: Ediciones Aurora.

Roth, A.-N. (2002). Conceptos, teorías y herramientas para el análisis de las políticas públicas. En A.-N. Roth Deubel, *Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación* (págs. 17-55). Bogotá: Ediciones Aurora.

Senado y Camara de la Nación Argentina. (28 de Septiembre de 2005). Ley 20.061. *Proteccion integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires, Argentina.

Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jovenes en las Americas: Implicaciones en programas y Políticas*. Washington, DC.: OPS.

UNICEF. (20 de Noviembre de 1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra, Suiza.