

# **POLÍTICAS DE JUVENTUD EN COLOMBIA, 1960 - 2006: El debate por la sexualidad de los jóvenes y las mujeres.**

Morales Borrero, Carolina.

Cita:

Morales Borrero, Carolina (2011). *POLÍTICAS DE JUVENTUD EN COLOMBIA, 1960 - 2006: El debate por la sexualidad de los jóvenes y las mujeres. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/61>

**IX Jornadas de Sociología de la UBA**  
**Capitalismo del Siglo XXI, Crisis y Reconfiguraciones**

***Luces y Sombras en América Latina***

Buenos Aires 8-12 agosto 2011

Facultad de Ciencias Sociales UBA

**Mesa 07: Jóvenes, socialización y salud**

**POLITICAS DE JUVENTUD EN COLOMBIA.**

**Sexualidad y reproducción, un debate pendiente<sup>1</sup>**

**Carolina Morales Borrero\***

**RESUMEN:** Aunque desde los años sesenta del siglo pasado en Colombia se han formulado políticas de juventud para los y las jóvenes, la identidad asignada al joven no ha cambiado; se percibe como un problema asociado principalmente a tres campos: la sexualidad, la delincuencia y la drogadicción. El Movimiento estudiantil por la Séptima Papeleta de los 90s, mostró al país otro joven, el que agenció junto con los movimientos de mujeres posibilidades de transformación social. La Asamblea Nacional Constituyente concretó algunos de esos cambios, sin embargo, en las políticas solo después de casi cinco décadas de conflicto se logra un cambio. En el año 2005 se despenalizó el aborto. Con esto, cambió la identidad de la mujer y la del joven también. Durante todo ese tiempo, las problemáticas del campo de las políticas de salud sexual y reproductiva aumentaron, Colombia se mantuvo en los primeros lugares entre los países latinoamericanos con altas tasas de mortalidad materna, embarazo adolescente, infecciones por VIH – Sida e Infecciones de transmisión sexual. Predominó la evaluación de resultados sobre el análisis de las políticas y se formularon políticas de juventud sin debatir la sexualidad. No se realizó un solo debate público con participación de los y las jóvenes. **Objetivo:** Explicar la dinámica de la correlación de fuerzas que se dio para la formulación de políticas de juventud. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio sociohistórico y análisis político para explicar el por qué de los cambios

---

<sup>1</sup> Este artículo se deriva de la investigación doctoral “*Dinámica sociopolítica para la configuración de las políticas de salud sexual y reproductiva de jóvenes en Colombia, 1992-2005*”, la cual fue reconocida como tesis meritoria por la Universidad Nacional de Colombia.

\* Odontóloga, Magistra en Administración de Salud, Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Correos electrónicos: [mcmoralesb@bt.unal.edu.co](mailto:mcmoralesb@bt.unal.edu.co), [carolinamorabo@yahoo.es](mailto:carolinamorabo@yahoo.es). Este trabajo fue apoyado financieramente por la Dirección de investigación de la Universidad - Sede Bogotá, por el Fondo de Investigación de la Facultad de Medicina y por el grupo de investigación de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la misma Universidad. Cedo los derechos de autor a la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.

y permanencias en estas políticas. **Resultados:** Tomó un poco más de cuarenta años generar un cambio en las políticas de juventud dirigidas a la sexualidad. Para ello se formularon tres bloques de políticas para el control de la sexualidad: entre 1964 y 1991 se pasó del control natal a atención materno-infantil, con énfasis en la penalización del aborto y la educación sexual tradicional. La agencia de los movimientos de mujeres y del movimiento de estudiantes por la Séptima Papeleta, sirvió de preparación para la Asamblea Nacional Constituyente y, para impulsar el cambio de las políticas de control a las de autonomía. Entre 1992 y 1996 se formularon políticas de gobierno y entre 1997 y 2005 se formularon políticas de Estado. Ambas impulsaron el control sobre el comportamiento juvenil considerado “de riesgo” mediante el mismo esquema: el preventivismo. Y es justamente, la persistencia de las mujeres en medio de la mayor contención política lo que facilita la despenalización del aborto y la reubicación de todos los actores de la correlación de fuerzas. Solo un actor se mantuvo en su posición tradicional: la Iglesia católica. **Conclusiones:** Este análisis permitió constatar el predominio del moralismo tradicional y del preventivismo, como los dos principales obstáculos al cambio en las políticas y en las identidades de los jóvenes y las mujeres. Se desconoció el debate mundial por los derechos sexuales y las exigencias al Estado colombiano con el bloque de constitucionalidad. **Recomendaciones:** Es perentorio hacer un debate nacional participativo sobre las políticas de juventud que incluya estudios comparativos de política con capacidad de explicar por qué Colombia es uno de los países más rezagados en el ejercicio de derechos de juventud y de ciudadanía sexual, aunque comparte el mismo contexto sociopolítico con otros países de Latinoamérica.

**Palabras clave:** Políticas de Salud, Políticas de juventud, Salud sexual y reproductiva, Jóvenes e identidades juveniles, Derechos humanos.

**INTRODUCCION:** La formulación de políticas conlleva tradicionalmente la realización de una evaluación, si se parte del enfoque positivista del ciclo político. Son escasas las buenas evaluaciones y el uso de otros enfoques para analizar y formular nuevas políticas. Los estudios existentes sobre las políticas de juventud y sobre las de salud sexual y reproductiva frecuentemente privilegian los resultados a los procesos; la literatura sobre análisis de actores o conflictos que mueven a los implicados en estas políticas es escasa, e inexistente desde una perspectiva socio-histórica. Este documento aporta dicha perspectiva y desarrolla un enfoque dirigido al análisis de la correlación de fuerzas en la elaboración de políticas. Se parte en dicho análisis, de entender el sexo como algo siempre político.

El sexo es político pues se ha relacionado con la mujer buena o la mujer pecadora, con el verdadero varón o con el pervertido. Se han usado distintos recursos para controlar el sexo y especialmente para controlar el comportamiento sexual considerado inmoral o incorrecto, especialmente en los jóvenes. Igual que el racismo se margina a poblaciones muy específicas, con base en un saber que sustenta el poder de la exclusión social de esta población. Esto no es nuevo, en la medicina, en la política, en la religión y en la cotidianidad que construye pautas culturales y estilos de vida, se usan recursos de poder similar y con propósitos cercanos. Se usan cuatro recursos de poder

sobre la sexualidad con mucha frecuencia, el recurso del poder ideológico, el militar, el económico y el político.

El poder ideológico se ha asociado con aquellos mecanismos que organizan una identidad política nociva, excluida socialmente, “el culpable” o “responsable del daño”, de la “desviación social” es quien debe pagar o responder por el daño social. Por otra parte el poder militar sobre la sexualidad encierra, en categorías como el terrorismo o el enemigo, una estrategia de control que al mismo tiempo sanciona y legitima el uso de la fuerza por parte de actores específicos. El poder económico por su parte, proscribía el deseo, el placer o el comportamiento de grupos sociales que rompen con la hegemonía del consumismo, ya sea a través de su cuerpo, de su género o su identidad sexual no tradicional. Los gays, lesbianas, transexuales, transgénero o heterosexuales emancipados, por ejemplo, son excluidos socialmente. Finalmente, la sexualidad se controla políticamente a través de los medios de comunicación y de los discursos públicos en escenarios particulares donde se debaten las leyes, se discuten las políticas y las decisiones de orden jurídico para la administración de justicia. En los ámbitos de construcción de la institucionalidad estatal donde se debaten las políticas de sexualidad también se ejerce un control sexual, con implicaciones tanto en la esfera nacional como en la global. Sin embargo, este control también se agota y se cuestiona ante el reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos en diversos países de América Latina. En Colombia se han usado todos estos recursos de poder a través de distintas estrategias al interior de las políticas, con una característica predominante: no ha sido posible reconocer políticamente los derechos sexuales de los jóvenes. Lo político del sexo y por lo tanto de las políticas de salud sexual y reproductiva en Colombia, se ha construido durante los últimos 45 años.

### **Las políticas de juventud en Colombia, cambios y contradicciones:**

En las políticas de juventud formuladas en Colombia, por su parte, se ha mantenido el mismo enfoque tradicional, pese a que se han elaborado distintas políticas entre 1964 y 2005. Aunque durante esos años hubo varias posibilidades y oportunidades de cambio, solo uno fue definitivo, este fue debido a la coyuntura crítica de la firma del pacto nacional por una nueva Constitución Política con la Asamblea Nacional Constituyente en los años 90s, y al grupo de reformas de ajuste estructural adelantadas por el gobierno de turno. Desde 1987 se impulsaba este tipo de reformas bajo la influencia del Consenso de Washington. Dicho cambio fue contradictorio en lo relacionado con el manejo de los jóvenes, pues en vez de aminorar sus problemáticas, todas se agudizaron en distintas direcciones [1].

La transmisión intergeneracional de la pobreza se manifestó con mayor claridad entre las niñas y adolescentes. La desventaja educativa y la discriminación basada en el género incidió de manera importante en las condiciones de exclusión y penuria en las cuales muchas vivieron y viven. El matrimonio o la maternidad a temprana edad en vez de solventar su situación la agravó, a la pobreza se sumó la violencia, mal denominada intrafamiliar y doméstica, y la escasez de oportunidades de realización.

La crisis de finales de los años noventa puso en evidencia uno de los

principales problemas de la economía colombiana: el desempleo y sobre todo la informalidad laboral. En tres años, entre 1996 y 1999, la tasa de desempleo en Colombia aumentó de 9 por ciento a casi 20 por ciento. La tasa del año 2000 fue la mayor de la segunda mitad del siglo XX. El desempleo disminuyó posteriormente como consecuencia de la recuperación económica pero sigue siendo muy alto en comparación con otros países de la región. Actualmente Colombia tiene la tasa de desempleo más alta de las economías grandes de América latina.

Al mismo tiempo, la informalidad laboral creció rápidamente desde los años noventa. Dicha informalidad creció sustancialmente para los jóvenes trabajadores y sin educación superior. Actualmente más del 60% de los jóvenes trabajadores colombianos no están afiliados a la seguridad social, ni pueden ahorrar para la pensión. Con la recuperación económica, la informalidad apenas disminuyó levemente en promedio e, incluso, aumentó para los trabajadores sin educación superior (Profamilia, 2010). En términos porcentuales el número de cotizantes a la seguridad social ha permanecido estancado desde 1996. En suma, desde mediados de los 90s el crecimiento sistemático de la informalidad laboral, especialmente para los jóvenes trabajadores sin educación superior, es uno de los problemas más serios de la sociedad colombiana, (Profamilia, 2010)

En la última década, según la Encuesta nacional de demografía y salud, entre las mujeres que alguna vez solicitaron trabajo, al 31% dice que le exigieron prueba de embarazo, al 2% le pidieron certificado de esterilización y al 10% prueba del Sida. Un 4 por ciento fue despedida del trabajo estando en embarazo. El reporte de la exigencia de prueba de embarazo y del Sida al solicitar trabajo aumenta con la educación de la mujer. En el caso de la prueba del embarazo pasa del 8 % entre las mujeres sin educación a 45% entre aquellas con educación superior. En el caso de la prueba del Sida pasa del 4 % al 15 %, respectivamente. Los mayores porcentajes de mujeres despedidas por estar embarazadas se dieron en las grandes ciudades (Profamilia, 2010).

La edad de la mujer al primer nacimiento ha disminuido muy poco en los últimos veinte años: se mantuvo en 21 años sin cambio por lugar de residencia -urbana o rural-. Mientras que el porcentaje de adolescentes embarazadas ha aumentado permanentemente desde la década del 90 hasta la actualidad : una de cada cinco adolescentes -entre 15 y 19 años- ha estado alguna vez embarazada. Se ha pasado de un 17% a un 21% en 2005 [2]; y en su mayoría fueron embarazos no deseados. Esta proporción se duplicó en mujeres en situación de desplazamiento (36%), aumentando su vulnerabilidad. La fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años creció de 2.77 nacidos vivos en el año 2000, a 3.01 en 2007. La tasa de abortos clandestinos también aumentó desde los años 90. Colombia ocupó un lugar destacado en Suramérica, con el índice más alto de mortalidad materna después de Bolivia, Perú y Paraguay [3]. La razón de mortalidad materna en el país pasó de 104.94 por cien mil en 2000 a 75.6 por cien mil en 2007, una reducción escasa teniendo en cuenta todas las políticas de salud sexual y reproductiva formuladas desde 1964, además de las metas del milenio de reducir a 45 por cien mil muertes maternas para 2015.

En América Latina y el Caribe, 15.000 mujeres perdieron la vida en 2005 por causas asociadas al embarazo y al parto [4, 5].

Según la CEPAL la tasa específica de fecundidad del quintil más pobre de la población cuadruplica la del quintil más rico, (pag15maternidad en menores de 15). En cuanto a las principales razones de embarazo en adolescencia, algunos estudios reportan el no uso de la anticoncepción debido a oposición de la pareja, problemas de acceso y costo (Profamilia, 2005) y en muchos casos el fenómeno tiene que ver con situaciones de abuso, incesto o violencia sexual, (UNFPA, 2007). A finales de los 90s el 82.5% del total de embarazos no deseados en adolescentes terminó en aborto (UNFPA, 2007): pp 21).

Existe una gran cantidad de barreras institucionales, legales, políticas, económicas y culturales que operan para obstaculizar el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los recursos de anticoncepción, (Convenio Hipólito Unanue & Organismo Regional Andino de Salud, 2008)

En medio de esta tendencia de cambios y contradicciones para la juventud en Colombia, acompañada de nuevas políticas y programas, la pregunta que surge es ¿por qué cambian dichas políticas en 1992, y no antes, frente a las revoluciones sexuales (la primera en los 60s y la segunda en los 80s) o frente a la agudización de la violencia del sicariato que afectó a un grupo importante de jóvenes. Otro cuestionamiento es cómo se dio dicho cambio, si la tendencia era mantener el establecimiento?; qué actores y fuerzas intervinieron? Y cuál fue el papel de los jóvenes?. En este trabajo se presenta una síntesis de la explicación general aportada para responder a estas preguntas. Se toma para ello uno de los campos más sensibles a la equidad y la justicia social: la sexualidad y la reproducción. Se hace énfasis en la dinámica sociopolítica que dio lugar al cambio en las políticas, ya que la hipótesis del estudio se centró en la lucha por el poder y sus implicaciones, por ser éste el núcleo duro de la problemática de la juventud.

### **Materiales y métodos:**

Para el análisis de estas políticas se realizó una investigación de corte cualitativo con base en los aportes de las ciencias sociales. Se tomó de las ciencias políticas un enfoque denominado institucionalismo histórico, con apoyo de la perspectiva del proceso sociopolítico, elaborados por autores como Skocpol, Tilly [6, 8], Almeida [9, 10] y Hernández [11]. Utilizamos una apuesta sociohistórica para su desarrollo. Con el enfoque del institucionalismo fue posible cuestionar la evaluación tradicional de las políticas y su énfasis positivista [12], pese a su uso predominante; aunque no reconoce los procesos involucrados ni los cambios ocasionados por la lucha por el poder. Con esto se construyó un enfoque para el análisis de las políticas de salud con capacidad de revisar la correlación de fuerzas, pues se hizo un abordaje metodológico orientado al estudio de la contienda política, con sus actores, sus pugnas y repertorios por el poder. Dicha herramienta partió de entender el rol del Estado en dos facetas simultáneas: como actor y como arena política, en el escenario del poder Ejecutivo y del Legislativo. Se tomó para ello las leyes y propuestas de ley, la jurisprudencia en el tema y los acuerdos, desacuerdos y resoluciones

del Ejecutivo. Asimismo se reconstruyó la historia de los actores sociales involucrados y del proceso de formulación de las políticas.

## **Discusión y resultados:**

### **Por qué políticas de juventud?**

El centro del cambio en estas políticas estuvo en las reformas de ajuste estructural de los 90s que dieron paso a la agudización de un modelo de acumulación capitalista y despojo con grandes inequidades y desigualdades sociales como consecuencia. El viraje hacia un mundo unipolar sentó las bases de la globalización neoliberal [13]. En Colombia se facilitó por el agotamiento del modelo de desarrollo cepalino. Aunque el país entero había firmado un nuevo pacto político en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente, la ambigüedad del gobierno de César Gaviria ante el conflicto armado interno (con tres actores armados enfrentados: la guerrilla, los paramilitares y los narcotraficantes) dificultó su desarrollo, y favoreció la implantación de las medidas de ajuste estructural. Se introdujo a fondo la reforma neoliberal impulsada por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, bajo la influencia del Consenso de Washington [14]. La tecnocracia del gobierno Gaviria aprovechó la oportunidad política para introducir un articulado dirigido a focalizar poblaciones estratégicas y fomentar el subsidio a la demanda. Con ello se buscaba aminorar el efecto del conjunto de medidas de ajuste implantadas. La juventud apareció en primer plano, no solo por la imagen simbólica de novedad y de cambio que fue usada por el gobierno para presentar las reformas, sino por ser la política de salud sexual y reproductiva la que constituyó el mecanismo clave de instalación del control político sobre los jóvenes de allí en adelante. Dicho control se sustentó en un enfoque muy específico que retomó los criterios epidemiológicos de finales de los años 50 y las estrategias de orientación de las conductas de los individuos: el preventivismo.

Si bien dicho cambio ocurrió en 1992 mediante políticas de gobierno, las políticas de sexualidad que venían desde 1964 traían una clara influencia norteamericana, cuyo enfoque tradicional era el de la planificación familiar, la educación sexual y la penalización del aborto. Dichas políticas se basaban en ideas tradicionales sobre la sexualidad, la familia, la mujer, la maternidad y la sociedad, derivadas del catolicismo ortodoxo. En Colombia la aclimatación de esas ideas dialogaba con los principios de un Estado corporativo opuesto a cualquier propuesta modernizadora, comunista o sindicalista, derivado del conservadurismo de mediados de siglo pasado. En ese marco estatal, se inició la primera cátedra de educación sexual: "Comportamiento y Salud", en 1974, junto a algunas acciones de salud sexual y reproductiva derivadas de la doctrina de dignificación de la pobreza en la sociedad [15]. Esta cátedra se mantuvo sin modificación alguna por cerca de 20 años. Sin embargo, esa no fue la única posibilidad, hubo más propuestas en debate. Desde 1973, los movimientos y manifestaciones feministas y de mujeres bajo la influencia del socialismo, luchaban por la despenalización del aborto y la defensa de los derechos de las mujeres. Con esta lucha, se logró, después de casi 20 años, sólo un reconocimiento político como actor social y autónomo en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente [16], al lado de los movimientos estudiantiles.

Las políticas de juventud antes de la Constituyente exhibieron los mismos tres campos de énfasis, el de la sexualidad, el de las drogas y la delincuencia. Aunque se celebró el año internacional de la Juventud en 1985, cuyo interés central estaba en mantener a la juventud aislada de los conflictos y posibilidades revolucionarias, en Colombia se siguió la misma senda: fomentar cambios de comportamiento y estimular el uso del tiempo libre en cultura, recreación y deporte. Los jóvenes llegaron a la Constituyente cansados de la violencia y del mal manejo de la política y la sociedad. En menos de 2 años habían matado a cinco candidatos presidenciales de la izquierda y del liberalismo oficial, sin que la sociedad se manifestara. La apatía electoral llegaba a su máxima expresión y los intentos de reforma constitucional habían sido fallidos. Pero la oportunidad política que se abrió con la Constituyente y los nuevos actores sociales, se cerró rápidamente con las políticas de gobierno dirigidas a la juventud.

### **Políticas de gobierno, un propósito claro:**

Estas políticas concretaron la idea de la tecnocracia gubernamental y establecieron uno de los cambios más nocivos desde entonces: hicieron de los derechos un paquete de servicios en el cual predominaba el enfoque preventivista [17,18]. En la política social en general, se pasó de un enfoque proteccionista a uno neoliberal e individualizante. Entre los mecanismos usados por los actores involucrados en las políticas se destacaron varios: (i) la creación de nuevos actores políticos vinculados a espacios de poder como la Presidencia de la República (Consejería de Juventud, Mujer y Familia), (ii) la focalización de poblaciones clave, como los jóvenes, las mujeres y la vejez, y (iii) el despliegue del subsidio a la demanda, dirigido solo para dichas poblaciones señaladas como pobres y por lo tanto merecedoras de subsidio y beneficencia estatal.

Durante ese periodo de políticas de gobierno, los debates en el Congreso de la República y en las altas Cortes, desconocieron el bloque de constitucionalidad y la exigencia constitucional de respetar los derechos de los ciudadanos. Entre las implicaciones de estas medidas de desconocimiento se dio la recurrencia en la práctica clandestina del aborto, con un alto costo social para la sociedad, tanto en vidas de muchas mujeres como en sus condiciones de ciudadanía y en el sistema de salud. La dificultad para el debate público sobre la sexualidad y la autonomía del cuerpo de la mujer, se manifestó con la sanción moral de las madres solteras, las mujeres embarazadas o desempleadas y la exclusión sistemática de jóvenes y de mujeres en sectores como salud, educación, seguridad social y empleo. Los jóvenes pasaron por varias identidades políticas, sin mejorar su acceso a derechos o programas sociales equitativos. De ser sicarios algunos jóvenes pasaron a ser el símbolo de la campaña política de César Gaviria mientras que otros quedaron bajo el rotulo de jóvenes sin futuro. Otros fueron resignificados como promotores de la renovación de la sociedad, aunque en su mayoría enfrentaron escasez o ausencia de oportunidades para insertarse al sector laboral, a la educación superior – debido al pleno proceso de privatización de la educación en la que se encontraba-, a la seguridad o protección social, -al estar sujeta a la capacidad de pago de los afiliados-, a la vivienda o la posibilidad de emancipación.



La pugna por la formulación de estas políticas mostró la incapacidad de los actores estatales, inmersos en el conflicto, de materializar los principios constitucionales construidos en la Carta política de 1991 y las formas hegemónicas de ejercicio del poder por parte de los partidos políticos tradicionales, la Iglesia y los agentes del Estado.

### **Políticas de Estado, más preventivismo:**

En **las políticas de Estado**, formuladas desde 1997 se mantuvo la misma lógica de las políticas de gobierno; se consolidó el preventivismo pero esta vez era más grave, pues se daba por medio de políticas de mayor alcance y capacidad sobre los mandatos constitucionales. Se cambió la laicidad del Estado social de derecho recientemente instalada y se retomaron algunos de los principios del antiguo concordato. Durante la administración Samper (1994-1998), las políticas de juventud quedaron sujetas a la gobernabilidad del presidente, debido al cuestionamiento que el Proceso 8.000 planteó a la legitimidad del mandato. Hubo alianzas con el partido conservador y entre miembros del gobierno y del legislativo (ministros de Hacienda, Educación y mandos militares) con el propósito de modificar la política de juventud que estaba debatiendo desde 1992. Se usaron los medios de comunicación para fomentar una opinión pública sobre la juventud de joven-problema y por lo tanto del necesario control estatal. Aunque se aumentó la inversión en programas de juventud, ésta se hizo sólo en acciones de educación para la empleabilidad y para el emprendimiento. En la Corte Constitucional el cambio fue solo la aceptación del derecho al aborto por violación, únicamente en condiciones extraordinarias de realización y según el criterio del legislador. Se creó una nueva institucionalidad para los jóvenes mediante el programa presidencial, "Colombia joven", cuya pretensión era recobrar la intersectorialidad y dar continuidad a la política de inserción económica de los jóvenes, pero debido a la disminución de la inversión del gobierno Pastrana (1998-2002), no fue posible; en su lugar se estimuló la estrategia del Plan Colombia con respaldo del gobierno norteamericano y se originó el programa "Jóvenes en acción", un buen ejemplo de los programas de focalización para impulsar el "emprendimiento" de los "jóvenes buenos". De allí, en poco tiempo se derivaría el programa "Familias en acción", para intentar superar la crisis económica de 1999-2000 [19].

Pese a que los jóvenes se opusieron al Plan Colombia y a las medidas de la globalización mediante resistencia y desobediencia civil (con marchas, foros y asambleas; pandillas, bandas, combos, grupos y "parches") la respuesta fue aumentar el control mediante políticas de reclutamiento, junto con una fuerte expansión de la industria cultural globalizada difundida por todos los medios de comunicación. Algunos jóvenes por el contrario, se organizaron en formas de acción colectiva haciendo comunicados, grafitis, manifestaciones de culturas juveniles populares y otros, por su parte, se organizaron por medio de acción política.

Mientras las políticas preventivistas se expandieron a todas las instituciones del Estado, la incertidumbre e inseguridad del joven facilitó conductas de alto riesgo como la práctica de deporte extremo y la flexibilización en todas las áreas de la protección social. Paulatinamente los jóvenes quedaron más

capacitados y sin trabajo u ocupación, sin acceso a la innovación tecnológica. En salud sexual y reproductiva, se mantuvo una percepción sumamente reducida a lo biomédico lo cual facilitó la expansión del enfoque del manejo social del riesgo y el emprendimiento, en diálogo con el preventivismo. Se desmontó la educación sexual humanista que se había implementado después del debate de inicios del gobierno de Gaviria, mediante la presión y las propuestas de los sexólogos y la academia. Las otras propuestas sobre educación sexual en debate, eran funcionales y mantenían el mismo enfoque de control, pero dada la abundancia de recursos y el soporte internacional y nacional en la propuesta de educación humanista, logró quedarse por un par de años hasta el cambio de gobierno. Con el gobierno Samper se retomó el enfoque moralista tradicional.

En el año 2002 se planteó otra reforma de Estado hacia un Estado comunitario, con el cual se implantó definitivamente el manejo social del riesgo y la seguridad democrática [20]. En este gobierno Uribe se retomó la doctrina del joven problema y del control explícita de su comportamiento inmoral e indeseado para el logro de los objetivos del gobierno. Entre 2002 y 2006, ocurrió el mayor cambio de todo este periodo. La persistencia de la movilización de las mujeres [21, 22] logró cambiar el *status quo* con la despenalización parcial del aborto. Lo interesante de este gran cambio fue que ocurrió en medio de la mayor oposición y del más fuerte control político con aumento indiscriminado de la censura moral y penal. Se pasó de la penalización de todas las conductas sexuales a la despenalización del aborto.

En las políticas de juventud, en ese gobierno se implantó otra política estatal, sin evaluar o valorar la anterior que venía desde 1997. Las Bases para el Plan Decenal de Juventud 2005-2015 profundizaron la lógica del preventivismo, y sustentaron el autoritarismo caudillista como solución a una sociedad en crisis, bajo el predominio de la ideología católica. En ese marco, las representaciones sociales sobre la mujer y el joven acentuaron su contenido moral; la relación entre el “buen padre” y el pecado de la “mala mujer” legitimó la gobernabilidad en los asuntos de la salud sexual y reproductiva. El Estado comunitario terminó de desmontar las bases del Estado social de derecho para sobrevalorar los subsidios a la demanda dirigidos solo para los más pobres, y para el logro de la estabilidad del capital y la confianza inversionista. La política social se condensó en una serie de programas de aseguramiento transitorio y parcial, con efectos duraderos sobre la equidad y la igualdad de derechos entre los ciudadanos. Los jóvenes quedaron atrapados entre el manejo social del riesgo de aparente tutelaje y la progresiva penalización de las conductas.

En esta pugna, la estrategia clave de la contienda política fue el debate simultáneo de proyectos de ley y de leyes en los distintos escenarios (Ley de reforma laboral en 2002, Política de salud sexual y reproductiva en 2003, Código de infancia y adolescencia en 2006 y Ley de emprendimiento en 2006) [1]. Se hizo evidente la acción del Estado como actor y como arena.

### **En la esfera local la autonomía relativa del Estado afecta:**

En la esfera local, en Ciudades grandes como Bogotá, los debates por la política de juventud mostraron muy bien la comprensión que se tenía de la autonomía relativa del Estado. El Estado en su condición de actor, propició la

exclusión de los defensores de los derechos del debate de la política, y en su condición de arena política, favoreció la intervención de los actores internacionales para la instalación de los nuevos enfoques en dicha política. El enfoque del Banco mundial, por ejemplo, predominó, junto al de otras entidades de financiación y de control político.

En contraste con Bogotá, las políticas locales mostraron una de las tensiones más fuertes en la correlación de fuerzas entre los tres partidos políticos involucrados. Como resultado, se aprobó la Ley de Juventud con base en el enfoque de derechos, con respaldo de una organización juvenil de base y de la administración del Polo democrático alternativo; en la gobernación departamental –Cundinamarca- estaba el partido liberal y en la presidencia el partido conservador. Lo interesante de esta pugna fue que pese a la autonomía relativa del Estado, se adelantó la reforma administrativa del Distrito Capital, que favoreció la participación política del joven y el enfoque de derechos, con respaldo del partido de izquierda. Sin embargo, en la esfera nacional dicha autonomía mostró cómo el conflicto entre el Ejecutivo y los nuevos movimientos políticos aliados a las fuerzas del Uribismo, impidió la aprobación de los proyectos de ley del Congreso relacionados con la defensa de la participación política de los jóvenes en los consejos de juventud.

Sobre la educación sexual, en cambio, en este gobierno hubo consenso bipartidista [23], como había ocurrido durante el Frente Nacional; pero esta vez con el fin de fomentar la formación por competencias, según la propuesta de política denominada revolución educativa, que planteó como novedad un incentivo a la corrección del comportamiento sexual, se trataba de algo que era ya de los jóvenes desde el reconcimimiento de los actores sociales de 1991: la ciudadanía. La lógica de incentivos, aceptada por consenso, generó varias consecuencias inesperadas y perversas en la política de productividad. Entre las Fuerzas Armadas, se presentó el funesto caso de los “falsos positivos” sobre jóvenes de sectores populares.

Los jóvenes en esta ocasión respondieron de diversas maneras, entre acción colectiva, respuestas grupales y acción política. Desde la acción colectiva activaron la movilidad y las manifestaciones civiles, la indiferencia, incertidumbre y la resistencia a la cooptación del joven. Las poblaciones juveniles, desde las LGBT hasta las campesonas, se unieron a la protesta e hicieron también resistencia a su cooptación como joven *gay*, bisexual, transgénero, lesbiana, campesino, indígena o heterosexual; específicamente los jóvenes se resistieron a la cooptación de su deseo sexual. La política mostró su ineficacia ante el control del mundo juvenil y la movilidad de los jóvenes organizados. No obstante, el joven más flexibilizado con las políticas de ajuste estructural reconoció la plena institucionalización de su participación política y reclamó desde ahí una política consistente con su identidad como sujeto de derechos, pero al contrario, se le identificó como un ser con limitaciones para promover el cambio. Más allá de reconocer su desorganización e inmovilización social y política, el joven se plegó a una forma de acción colectiva que generaba más cohesión y cercanía a sus causas por afinidades generacionales que por causas políticas. Se formaron muchos grupos, combos, parches y pandillas que se unían por manifestaciones parciales o por causas diversas y dinámicas sociales, que incluyeron desde la

música, el arte, la cultura juvenil, la apropiación del cuerpo o del territorio, hasta el graffiti, entre otras.

### **De la penalización de todas las conductas sexuales a la despenalización del aborto**

En 2005 nuevamente el movimiento nacional de mujeres planteó el debate por la despenalización del aborto; rápidamente se sumaron a dicho movimiento varios actores sociales que venían debatiendo el tema desde los años 70s y se logró por fin un fallo a favor por parte de la Corte constitucional [24]. La despenalización del aborto tuvo varios efectos políticos en la sociedad colombiana de principios de siglo. Uno de ellos fue la reubicación plena de todos los actores sociopolíticos, desde los agentes del poder Judicial del Estado hasta los del poder Ejecutivo y Legislativo, incluyendo al Ministerio de protección social y los distintos partidos políticos. Sólo uno no aceptó la despenalización: la Iglesia católica con su eterno aliado una fracción del partido Conservador. También se frenó el debate, en el Congreso y en la Cámara, de aquellos proyectos de ley que pretendían implantar una profundización del manejo social del riesgo sobre el comportamiento sexual de los jóvenes pobres y campesinos. Estos proyectos buscaban instalar una medida de control poblacional en contra del embarazo adolescente. Cabe destacar el papel de Organizaciones como Católicas por el Derecho a Decidir, la cual, pese a formar parte de la Iglesia mostró en su defensa y apoyo permanente de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y su oposición política a los parámetros morales de la Iglesia [25].

En general la dinámica sociopolítica de formulación de las políticas, mostró el papel y la influencia de otras fuerzas en confrontación, tanto en la esfera nacional como en la internacional: las mega industrias farmacéuticas, los Organismos intergubernamentales defensores de los derechos sexuales y reproductivos, y las Empresas Transnacionales interesadas en la expansión de la industria cultural dirigida a lo juvenil. También apareció la clara resistencia al cambio por parte de algunos médicos conservadores y especialistas, aunque para el momento, la objeción de conciencia seguía siendo una opción. Mientras tanto, contrario a lo esperado, las mujeres no aumentaron la demanda del aborto en los servicios de salud públicos o en los autorizados para ello, según los funcionarios de estas Instituciones, tal vez debido a la fuerte censura moral que se mantuvo y se mantiene.

En este sentido, con la evolución de este proceso de cambio sociopolítico se puede afirmar que el papel de los médicos y de los profesionales de la salud fue definitivo, pues como gremio y como profesionales realmente se ubicaron muy lejos de apoyar la despenalización y legalización del aborto. Persisten algunos temores a sanciones morales y en algunos, el interés sobre las ventajas económicas de la práctica del aborto de manera ilegal o clandestina.

El aborto constituyó un problema de salud pública, en la medida en que fue y sigue siendo uno de las prácticas que más incide en el aumento de las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna. Como se ha mostrado en diversos países de Latino América, el aumento de las tasas de mortalidad materna, por aborto y por otras causas en las mujeres jóvenes y pobres, está asociado con las más grandes inequidades sociales y en salud, tanto por dificultades de

acceso a la atención como por fallas en la calidad de la misma. Estas inequidades también señalan la asimetría de poder que ellas deben enfrentar por desigualdades de género, de edad y de posición social.

Parecen insuficientes los argumentos que estimulan la movilización, denuncia, debate y la organización en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente teniendo en cuenta el peso de la decisión del profesional de la salud en la disminución de las inequidades e injusticias ocasionadas por la práctica del aborto ilegal e inseguro.

En toda la trayectoria sociopolítica sostenida entre mediados de los años 60s y de 2000, la configuración de las políticas de salud sexual y reproductiva de juventud y de mujeres en Colombia, mostró el papel del joven y su importancia en distintos momentos clave, específicamente en la preparación de la Asamblea Nacional Constituyente y el reconocimiento de sus derechos políticos. Mientras que el papel de la mujer fue decisivo en el cambio de rumbo de estas políticas, el del joven fue definitivo en la agenda del cambio y preparación para éste. El énfasis preventivista y moralista de las políticas de juventud y el esquema neoliberal del Estado, lograron estancar las formas de organización y participación política del joven; lo anterior debido a razones de orden político y también económico. Lo contrario ocurrió con la mujer.

### **Conclusiones:**

En toda la dinámica sociopolítica de la configuración de estas políticas, su predominio preventivista sólo fue puesto en duda una vez por parte de las organizaciones de mujeres, y especialmente por medio de sus novedosas estrategias de movilización; no ocurrió lo mismo con el moralismo católico, que siguió y sigue preponderando. Incluso dicho moralismo se usó para fortalecer la imagen del gobierno en el Estado comunitario. Esta situación no es exclusiva de Colombia. El clima político conservador recorre también la región latinoamericana, dada la gran influencia de la jerarquía de la Iglesia Católica y de los grupos de derecha, fenómeno que convive con una mayor participación de la sociedad civil. El aborto, la educación sexual y los derechos sexuales y reproductivos son temas que se manejan cada vez más como asuntos exclusivamente políticos y de gran rentabilidad electoral.

El hecho de que el debate sobre aspectos tan cruciales como la sexualidad y la reproducción –y por tanto, la salud sexual y reproductiva de jóvenes y mujeres– se restrinja al papel y decisión del Estado y a las consecuencias de las políticas neoliberales, constituye un campo de reflexión y de acción sobre el cual es necesario incidir para mejorar la equidad y las condiciones de salud de toda la población.

En esa medida, el movimiento de mujeres es un ejemplo a seguir; su efecto logró rebasar el control político y el poder estatal, mediante un cambio en la correlación de fuerzas que cambió no solo el ámbito de debate sino también las políticas de salud sexual y reproductiva. El largo énfasis preventivista de dichas políticas se explicó por dos asuntos centrales derivados de las reformas estructurales del gobierno Gaviria: los efectos de la globalización neoliberal sobre los jóvenes, como uno de los actores más flexibilizados y la pretensión del gobierno de sustentar su legitimidad con su acción sobre uno de los graves

problemas ocasionados por las reformas implantadas: el desempleo juvenil. En esa racionalidad, la pobreza e inequidad aparecen como las políticas más eficaces del gobierno y sus estrategias más difundidas son los programas asistenciales basados en la lógica del manejo social del riesgo (familias en acción, jóvenes en acción y soldados de mi pueblo). Las políticas de carácter asistencialista y paternalista dialogan muy bien con el enfoque preventivista y el moralismo, además han demostrado hasta la saciedad una alta rentabilidad electoral en distintos momentos del sistema político colombiano. En el centro de tales políticas hay una matriz cultural en la cual está ausente la figura paterna y prevalece el deseo de un padre con autoridad capaz de imponer seguridad y arraigo de los valores tradicionales. En ese sentido, preventivismo y moralismo se asocian a miedo y a control, mientras que autonomía y derechos se vinculan a libertad, dignidad y a justicia social.

Desde la perspectiva teórica, el análisis de las políticas realizado requiere un amplio debate, que incluya no sólo la problemática social, sino los planteamientos y supuestos del enfoque del institucionalismo histórico, los estudios de larga duración, la escuela sociohistórica y del enfoque sociopolítico. Es preciso también incorporar al debate, el nuevo campo de la salud pública nutrido con el aporte de las ciencias sociales, especialmente en lo referido a la perspectiva de género, al análisis de políticas y más allá al ámbito del modelo biomédico y del uso de categorías epidemiológicas aisladas de la compleja realidad que las contiene. El análisis sociopolítico sobre las políticas de salud es poco frecuente, predomina la evaluación, con la cual se opta generalmente corregir las deficiencias o las carencias en los indicadores de eficiencia o eficacia, o simplemente realizar un ajuste para alcanzar la meta propuesta en las fases de formulación o implementación, como ha ocurrido con la ley 100 de 1993. La evaluación tradicional no deja ver los problemas centrales e invisibiliza otras categorías centrales para la comprensión de lo social de la salud. La hegemonía del modelo biomédico además de invisibilizar muchos actores y problemas de salud, excluye el debate político de fondo que se requiere para el logro de una real transformación en las condiciones de vida y de salud de muchas poblaciones. Mientras continúen las acciones paliativas sobre los problemas de salud de los jóvenes, como los estudiados aquí sobre la salud sexual y reproductiva, se mantendrá la inequidad social y en salud con efectos sobre los pobres principalmente. Aparece necesario un nuevo esfuerzo investigativo y sociopolítico para alcanzar verdaderas metas en equidad.

### **Recomendaciones:**

En esa medida, con base en este estudio, se recomienda un debate público y participativo de las políticas de salud sexual, donde se les pregunte a los jóvenes y se tenga en cuenta la pluralidad de religiones y culturas dentro del Estado Social de Derecho colombiano. Investigaciones de carácter comparativo de los distintos países latinoamericanos, tanto de la acción colectiva como de la política, y que sean capaces de explicar por qué no todos los países han asumido el enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Entre las limitaciones de este estudio se menciona la escasa elaboración sobre las políticas socioeconómicas de la época estudiada y la imposibilidad de revisar el total del volumen de fuentes primarias disponibles, debido especialmente al tiempo. Se sugiere realizar otro esfuerzo investigativo que incluya el estudio de

los cambios de la economía política y sus implicaciones en la vida de los jóvenes.

**Agradecimientos:** Agradezco especialmente a Mario Hernández, amigo y director de la investigación, a Manuel Espinel, codirector y maestro de la Universidad Complutense de Madrid; al Programa interfacultades de Doctorado en salud pública y a la Dirección de Investigación de la sede Bogotá, por el respaldo financiero.

## Referencias:

- [1] Morales B. C. Jóvenes, sexualidad y políticas. Salud sexual y reproductiva en Colombia (1992 -2005). . 1a ed. ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Digiprint editores 2010.
- [2] Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS. 2005.
- [3] Guillaume A, Lerner S. El aborto en América Latina y el Caribe. *La Chronique Centre Population y Développement* 2008.
- [4] Naciones Unidas. Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. 2010 [cited mayo 28 de 2010]; Available from: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=SS--1--&x=61735>
- [5] Así vamos en salud. Indicadores de estado de salud 2010 [cited 28 de mayo de 2010]; Available from: [http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=55&Itemid=74](http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=category&id=55&Itemid=74) Convenio Hipólito Unanue, & Organismo Regional Andino de Salud. (2008). *El Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina*. Región Andina: Organismo Regional Andino De Salud.
- Profamilia. (2005). *ENDS*. Bogotá: Profamilia.
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Profamilia.
- UNFPA. (2007). *Análisis de la situación del embarazo adolescente en la Región Andina México*: Equipo de Apoyo técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe
- [6] Skocpol T. Los orígenes de la política social en Estados Unidos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España 1996.
- [7] Pierson P. Big, slow - moving, and ... invisible: macrosocial processes in the study of comparative politics. In: Mahoney J, Rueschemeyer D, eds. *Comparative historical analysis in the social sciences*. New York: Cambridge University Press 2008:177-207.
- [8] Tilly C. *Contentious Performances*. 1a. ed ed. New York Cambridge University Press 2008.
- [9] Almeida C. Health sector reform in Latin America and the Caribbean: the role of international organizations in formulating agendas and implementing policies. *Well-being and Social Policy*. 2006; 2 (1):123-60.
- [10] Abrantes Pêgo R. Actores sociales, proyectos y la construcción sociopolítica de la reforma del sector salud en México (1982-2000). México: Colegio de Michoacán; 2007.
- [11] Hernández A. M. La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950. Bogotá Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos 2004.
- [12] Rodríguez E. Políticas públicas de juventud en América Latina: empoderamiento de los jóvenes, enfoques integrados, gestión moderna y perspectiva generacional. *Seminario Internacional "Producción de Información*



y *Conocimiento para la formulación e implementación de políticas de juventud Colombia: Gente Nueva*: Muñoz, Germán (comp) 2004.

[13] Parodi C. *Globalización: ¿De qué y para qué? Lecciones de la historia*. Perú: Ed. Universidad del Pacífico 2005.

[14] Misas G. De la sustitución de importaciones a la apertura económica, la difícil consolidación industrial. In: (Ed.) MG, ed. *Desarrollo económico y social en Colombia siglo XX* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas 2001.

[15] McNamara R. The dynamics of population policy in Latin America In: (Eds) TM, ed. *The World Bank perspective on population growth*: Cambridge, MA: Ballinger 1974:107–21.

[16] Morales B C. Entre el control y la autonomía: hacia las políticas de salud sexual y reproductiva de jóvenes en Colombia. *Revista Avances en Enfermería*, Universidad Nacional de Colombia 2010 Bogotá (En prensa ).

[17] CONPES 2626, Política Social para los Jóvenes y las Mujeres. Bogotá D.C. 1992.

[18] CONPES 2794, Política de Juventud Bogotá D.C. 1995.

[19] Presidencia de la República. "Cambio para Construir la Paz", Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. DNP, Bogotá 1999.

[20] Presidencia de la República de Colombia. Bases del Plan Nacional de Desarrollo, 2002-2006. Presidencia de la República 2002.

[21] Córdoba de Castro P. Proyecto de Ley 58 de 2002 Senado por medio de la cual se dictan normas sobre salud sexual y reproductiva. In: Senado de la República, ed. Bogotá: Biblioteca del Congreso de la República 2002.

[22] Córdoba de Castro P. Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 264 de 2004 Senado, por la cual se dictan normas sobre atención, cuidado, promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva In: Senado de la República, ed.: Biblioteca del Congreso de la República 2005.

[23] Baena López CA, Quijano Martínez H. Proyecto de Acuerdo No. 334 de 2008 por medio del cual se institucionaliza la Cátedra de Educación Sexual en los colegios públicos y privados del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones. Concejo de Bogotá D.C. 2008.

[24] Roa López, Jaramillo P, Abadía M, Dávila J, Porras L. Sentencia C-355 de 2006 (parte 3). Bogotá: Corte Constitucional 2006.

[25] Hurst J. Historia de las ideas sobre el aborto en las Iglesia Católica. Lo que no fue contado. 6a. ed. ed. Argentina: Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir 2004.