

COMPRENSIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA LAS JUVENTUDES EN SANTIAGO DE CALI, DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS 2012-2022

LUZ ADRIANA AGUIRRE SANTAFÉ

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
DOCTORADO EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
ENERO 2026



COMPRENSIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA LAS JUVENTUDES EN SANTIAGO DE CALI, DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. 2012-2022

LUZ ADRIANA AGUIRRE SANTAFÉ

BAIRON OTÁLVARO MARÍN PhD- Director

OLGA LUCÍA GÓMEZ GUTIÉRREZ PhD- Co-Directora

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
DOCTORADO EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
ENERO 2026

Nota de Aceptación:

Firma Presidente del Jurado.

Firma del Jurado.

Firma del Jurado.

Santiago de Cali, Enero de 2026

DEDICATORIA

A Dios por las maravillosas oportunidades que me ha brindado a lo largo de mi experiencia académica y laboral.

Con profundo amor a mis padres que me acompañaron en este proceso con oraciones, videollamadas, consejos, motivaciones, sonrisas pero sobre todo por sus bendiciones constantes.

A mis hermanitas y sus familias, porque siempre los sentí cerca durante este proceso, porque contar con ustedes en mi vida ha sido el mejor regalo de Dios.

A Ónix y Tumaco que han sido mi compañía de escritura a lo largo de mi formación doctoral.

A ese amor bonito que me ha acompañado en este proceso.

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los participantes de esta investigación, los jóvenes del Valle del Cauca y de Cali, a los actores institucionales gubernamentales y no gubernamentales que desde el nivel nacional, departamental y distrital me permitieron rastrear las narrativas disponibles en los procesos de Configuración de la política pública de Salud para jóvenes, bien sea porque participaron de una entrevista o porque gestionaron mi acceso a los actores y a los procesos documentales requeridos para esta investigación doctoral.

A mis profesores, el Doctor Bairon Otálvaro Marín y la Doctora Olga Lucía Gómez Gutiérrez, porque siempre fueron generosos con su conocimiento, porque en estos años compartidos los sentí como un faro en lo académico y lo profesional, pero sobre todo porque siempre encontré en ellos humanidad, apoyo y soporte emocional, cualidades indispensables para un comité de tesis, en el marco de un doctorado en salud que aborda la comprensión de la salud desde una perspectiva transgeneracional.

A la Universidad del Valle porque me ha acogido siempre, en una biblioteca, en un salón o en una cafetería.

A la Facultad de Salud, especialmente a mis Jefes del Departamento de Ciencias Fisiológicas y a los Directores de la Escuela de Ciencias Básicas, quienes me apoyaron para culminar este proceso, agradezco su confianza en mis competencias laborales, ya que esto permitió sustentarme económicamente con la docencia, situación indispensable para financiar mi formación doctoral con recursos propios.

A mis amigos del corazón que me han acompañado siempre, que nuevamente me leyeron, me escucharon, me acogieron con café, con música y que fueron mi soporte en momentos de tensión.

A mis compañeros del Doctorado en Salud y a las colegas que siempre me animaron a seguir y terminar.

Tabla de contenido

Resumen **4**

Abstract **5**

Capítulo 1. Introducción y antecedentes **7**

El problema de la configuración de la política de salud para las juventudes **9**

Relevancia de los análisis de política pública para juventudes desde el enfoque interpretativo **12**

Agenda internacional de salud de las juventudes en el mundo entre 2012-2022 ..... **14**

Abordajes en los análisis de política pública de salud y sobre juventudes **17**

Capítulo 2. Marcos referenciales para la comprensión del AIPP en la Investigación de la salud de las juventudes **25**

La Teoría de la Determinación Social en Salud **25**

El análisis de las políticas públicas: evolución y enfoques **30**
Los enfoques tradicionales de Análisis de Política pública (APP) 32
Los enfoques integracionistas o mixtos del APP 32
Los cambios en política pública desde el Advocacy Coalition o marco de las coaliciones promotoras 33

Los enfoques interpretativos para el análisis de política pública **34**
El análisis narrativo de Emery Roe 35

Agenda: formación, tipos e implicaciones para las políticas públicas de salud para juventudes **40**

Configuración de Política pública categoría para el análisis de política a tres niveles de gobierno **44**

Un concepto de Salud desde la institucionalidad Instaurada **46**

Las juventudes: tendencias epistémicas para su comprensión **47**
El colectivo juventudes y sus retos en significado y representación 49
La Política pública y las brechas en la salud de las juventudes 51

Capítulo 3. Abordaje metodológico en el análisis interpretativo de política pública **56**
Prueba Piloto 57
Proceso de Consentimiento Informado 57
Muestreo para las entrevistas semiestructuradas 58
Recolección de información de las entrevistas semiestructuradas 59
Abordaje analítico 60
Consideraciones éticas 61

Análisis Articulado de relatos y contrarrelatos **62**

Capítulo 4. Caracterización de los referentes teóricos sobre salud y juventud que sustentaron las políticas públicas de salud de las juventudes en Cali entre 2012-2022 ..... **65**

Salud como concepto del Actor Institucional **65**

El Plan Decenal de Salud Pública como primera Política de salud a mediano plazo **67**

Dimensiones transversales del PDSP 2012-2021 la juventud como población vulnerable 78

Derecho a la salud perspectiva del PDSP 2012-2021 79

Narrativas nacionales de salud y juventud contexto desde la institucionalidad en los gobiernos en el periodo 2012-2022 80
Juan Manuel Santos más empleo, menos pobreza y más seguridad 2010-2014 80
Todos por un Nuevo País Juan Manuel Santos Calderón 2014-2018 82
Una Ley Estatutaria de juventud para el país al cierre del Gobierno de Santos II 85
Gobierno de Duque pacto por Colombia, pacto por la equidad 2018-2022 86

Comprensión de la salud y juventudes en el Valle del Cauca 2012-2022 91
Comprensión departamental de salud y juventudes para 2012-2015 "Vallecaucanos Hagámoslo bien" 91
Gobierno Departamental "el Valle está en voz" 2016-2019 97
Comprensión de la salud y juventud en el Valle del Cauca entre 2016-2019 98

Comprensión de salud y juventud en el Valle Invencible 2020-2023 108
Participación: juventudes en la definición del Plan de Desarrollo de Clara Roldán 110

Comprensión de las políticas a nivel distrital Santiago de Cali 2012-2022 115
CaliDA, una Ciudad para todos 2012-2015 115
Guerrero "una epidemiología de la violencia" y la experiencia juvenil en Cali 115
La comprensión de las juventudes desde el gobierno de Guerrero 2012-2015 117

"Cali Progresa Contigo" Maurice Armitage 2016-2019 119

Las juventudes y la salud en el gobierno de Jorge Iván Ospina 2020-2023 124
La pandemia y las juventudes en el gobierno de Ospina 2020-2023 125
Política pública para las juventudes de Cali 129

Comprensión de las juventudes en el periodo 2012-2022 134

Capítulo 5. Definición de la agenda y actores involucrados en el proceso de la configuración de las políticas públicas de salud para juventudes de Cali entre 2012-2022 139

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: "la salud en Colombia la construyes tú" 141
Agenda en salud para juventudes desagregada por dimensiones del PDSP 2012-2021 145
Narrativas de la agenda en salud para la infancia y la adolescencia nacional 145
Vida saludable y condiciones no transmisibles 148
Metas PDSP 2012-2021 Oportunidad como población escolarizada 149
Actores relacionados en la agenda de la Dimensión SSR 154
Dimensiones transversales del PDSP 2012-2021: la juventud como población vulnerable 155

Hitos Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 158

Desagregación por periodo de gobierno 164
Agenda y actores con Juan Manuel Santos 2010-2014 164
Hitos en el gobierno de Santos I 171

Agenda de salud y actores a nivel nacional (2014-2018) 172
La agenda de salud del gobierno Santos II 173
Agenda de paz y las implicaciones en los modos de vida de las juventudes Santos II ... 178
Narrativas de consumo de sustancias psicoactivas en el gobierno Santos II 180

Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente en el gobierno de Santos II 182
Salud ambiental en el gobierno Santos II 184
Salud alimentaria y nutricional en el gobierno Santos II 186
Agenda y actores en el pacto por la equidad de Duque 2018-2022 191
Menores de 18 años: fragmentación del colectivo juventudes gobierno Duque..... 192
Caracterización de juventudes rurales y sus modos de vida 198
Desfinanciación de la agenda de paz con Duque, implicación para las juventudes..... 203
Agenda en salud para las juventudes en el gobierno Duque..... 205
La familia como actor de engranaje en la agenda de juventudes del gobierno Duque ... 206
Diversidad de género en la agenda de juventudes del Gobierno Duque 208

Agenda y actores en el nivel Departamental 2012-2022 211
Agenda y actores en el gobierno de Ubeimar Delgado 2012-2015..... 211
Salud alimentaria y nutricional en el periodo Ubeimar Delgado (2012-2015)..... 213
La agenda de juventud en el Gobierno de Dilian Francisca Toro (2016-2019) 218
Los modos de vida de las juventudes en el gobierno departamental 2016-2019..... 219
Juventudes en el SRPA, diversidad y conflicto armado..... 221
Salud ambiental en el gobierno departamental (2016-2019) 223
La salud física y el entorno escolar (2016-2019) 224
La agenda en salud por fuera de la escolarización (2016-2019) 226
La salud alimentaria y nutricional en el PTS del gobierno de Dilian Francisca Toro 227
La agenda de Juventudes en el gobierno de Clara Roldán 2020-2023 231
La agenda de paz y los modos de vida de las juventudes en el gobierno de Roldán .. 233

Planes de desarrollo de Santiago de Cali 2012-2022 247
Agenda del gobierno municipal de Guerrero (2012 – 2015) 247
Agenda de salud y juventudes en el gobierno de Guerrero..... 248
Proyectos de juventud en el gobierno de Guerrero 2012-2015 250
Actores vinculados a la agenda de salud y juventudes en el gobierno de Guerrero 251
Agenda y actores en las políticas de salud y juventudes con Armitage (2016-2019)..... 252
Salud sexual y reproductiva en el gobierno de Armitage..... 255
Una política decenal de juventudes para Cali en el gobierno Armitage 258

Agenda y actores en el gobierno de Jorge Iván Ospina Gómez 2020-2023 259
Experiencia juvenil en condición de Víctima del Conflicto Armado (VCA) 269
Secretaria de salud de Cali como actor institucional que centraliza la agenda de salud de las juventudes. 277
Narrativas de la Política pública de juventud y la agenda de salud para Cali 280

Capítulo 6. Discusión de los resultados por nivel de Gobierno 289

Narrativas y contranarrativas en el PDSP 2012-2022..... 290
Hitos PDSP 2012-2021 297
Nivel nacional narrativas y contranarrativas de agenda de salud para juventudes 299
Relatos y contrarrelatos en el gobierno departamental 2012-2022..... 306
Planes Territoriales de Salud: Valle del Cauca (2012- 2022) 311

Perspectiva distrital del abordaje de la salud y las juventudes 2012-2022..... 322

Rodrigo Guerrero Velasco 2012-2015 322

Maurice Armitage Cadavid "Cali Progresa Contigo" 2016-2019 326
Jorge Iván Ospina Cali Distrito especial 2020-2023 329
Salud Sexual y reproductiva en el gobierno de Ospina 331
Participación como estrategia para una efectividad del Derecho a la salud en las

juventudes 331
Narrativas Nivel Nacional 335
Narrativas nivel departamental 337
Metanarrativa en la configuración de la política de salud para juventudes 338
Implicaciones analíticas para la reconfiguración de las políticas de salud para juventudes 342
Limitaciones de la investigación 343
Conclusiones 344
Conclusiones Teóricas 344
Conclusiones metodológicas 346
Conclusiones Analíticas 346
Recomendaciones 349
Bibliografía 351

Listados de imágenes

Imagen 1.La salud como noción polisémica 27
Imagen 2.Unidad de objeto, sujeto y campo 28
Imagen 3.Modelo Multidimensional de Determinación Social de la Salud: subsunción y autonomía relativa (Breilh, 1977,2003, 2015, 221) 29
Imagen 4.Imagen Policy Cycle Laswell 31
Imagen 5. Adaptación de la noción Polisémica de la salud de Breilh para juventudes en Colombia 66
Imagen 6. Mapa de Regiones propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 83
Imagen 7. Grupos sociales en el gobierno de Ubeimar Delgado 2012-2015 92
Imagen 8. Estrategia pase a la Equidad 2015 MINSALUD 100
Imagen 9. Georeferenciación de Población por grupos étnicos del departamento 103
Imagen 10. Orquídea como metáfora de Salud PTS 2016-2019 105
Imagen 11. Líneas estratégicas territoriales y articulación con la agenda nacional y los ODS. 109
Imagen 12. cartel de auxilio para la búsqueda del joven Álvaro Herrera 28 de mayo de 2021 126
Imagen 13.Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.. 153
Imagen 14.Ejes declarados en el PND 2010-2014 Santos I 164
Imagen 15.Política de atención integral de salud basada en gestión de Riesgo 173
Imagen 16. Indicadores para juventudes SRPA propuestos en PND 2014-2018 182
Imagen 17. Modelo conceptual ENSIN 2015 Determinantes Sociales de la SAN 187
Imagen 18. Datos de atención integral primera Infancia y otras atenciones en Infancia y adolescencia 2018 195
Imagen 19.Inventario de políticas disponibles, temporalidad y articulación con PND 2018-2022 196
Imagen 20.Actores del Subsistema de Protección de Derechos en el marco del SNBF Gobierno Duque 197
Imagen 21.ejemplo de acciones para niñez y juventud propuestas en el gobierno Duque 2018-2022 200
Imagen 22.Ejemplos de acciones para niñez y juventud propuestas en el gobierno Duque 2018-2022 201
Imagen 23. ejemplos de acciones propuestas para la juventud en el gobierno Duque 2018-2022 202
Imagen 24.ejemplos de Solapamiento de cursos de vida en acciones en enfermedades crónicas

.....212
Imagen 25. Ejemplo 1 de acciones en Salud Nutricional PTS 2012-2015 214
Imagen 26. Ejemplo 2 de acciones en Salud Nutricional PTS 2012-2015 214
Imagen 27. Plan de desarrollo 2016-2019 Santiago de Cali 252
Imagen 28. Eje 1 Cali Social y diversa en el Plan de desarrollo municipal de Armitage.....254
Imagen 29. Líneas de acción sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.....255
Imagen 30. Promoción de la Línea de Salud Sexual y reproductiva de Cali 256
Imagen 31. Participación en la ejecución por eje gobierno Armitage 2016-2019 257
Imagen 33. Estructura de Plan de Desarrollo de Cali "unidad por la vida" 2020-2023 260
Imagen 34. Priorización y magnitud ASIS participativo 2023.....273
Imagen 35. Matriz de priorización de problemas en salud 283
Imagen 36. Objetivos Estratégicos PTS del Valle del Cauca 2012-2015 312
Imagen 37.Modo de vida (Grupal o colectivo)- (Condiciones y espacios estructurados; cambios a largo plazo) 321
Imagen 38.Modelo de salud mental tejiendo sueños contigo.....330

Listados de tablas

Tabla 1.Principios básicos del marco de coaliciones 34
Tabla 2.Atributos de las narrativas y metanarrativas de política Roe 1994 36
Tabla 3.Principales orientaciones para el análisis de políticas públicas propuestas por Browne et al, 2019 39
Tabla 4.Modelos de definición de agenda pública acorde actores y Poder.....54
Tabla 5.Categorías de análisis aplicadas para el análisis temático con Atlas ti 63
Tabla 6.Tipificación de Hogares Colombianos en el Gobierno Duque 88
Tabla 7.Narrativas de Salud y juventudes en el nivel Nacional entre 2012-2022.....90
Tabla 8.Narrativas de Salud y juventudes en el nivel departamental entre 2012-2022 113
Tabla 9.Narrativas de Salud y juventudes en el nivel distrital entre 2012-2022 137
Tabla 10.Agenda en salud para región pacífica PDSP 2012-2021 141
Tabla 11.Metas del PDSP 2012-2021 para personas entre 14 y 28 años.....149
Tabla 12.Principales temáticas de salud abordadas en la agenda entre 2012-2022.....161
Tabla 13.Indicadores y juventudes descritos en PND 2014-2018.....189
Tabla 14. caracterización empleo, desempleo y consumo de SPA.....198
Tabla 15.Retos (problemas) Institucionales declarados en el Gobierno Duque 200
Tabla 16.Caracterización por NNA en proceso de Restablecimiento de derechos mayo 2016 203
Tabla 17.Propuesta de análisis de Emery Roe agenda y actores nivel nacional 209
Tabla 18.Niños, niñas y adolescentes VCA según tipo de discapacidad a marzo de 2020.....233
Tabla 19.Inventario de problemas de salud para el Valle del Cauca 2020-2023.....238
Tabla 20.Cifras de malnutrición por exceso a nivel Nacional población entre 13 y 64 años.....239
Tabla 21.Propuesta de análisis de Emery Roe agenda y actores nivel departamental 245
Tabla 22.Actor institucional distrital y proyectos de la política de juventud 262
Tabla 23.Rubros destinados para la atención de las juventudes 263
Tabla 24.Propuesta de análisis de Emery Roe agenda y actores nivel distrital 287

Lista de siglas y abreviaturas

AC: Advocacy Coalition

AIPP: Análisis Interpretativo de Políticas Públicas

ALUDHAA: Alianza Universitaria por el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada

APP: Análisis de Política Pública

APS: Atención Primaria en Salud

APSB: Agua Potable y Saneamiento Básico

ASIS: Análisis de Situación en Salud

AVISA: Años de vida saludable perdidos

CAES: Centro de Atención Especializada

CAIVAS: Centros de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

CMJ: Concejos Municipales de Juventud

CR: Contranarrativas

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DC. Documentos centrales para el análisis en la Investigación AIPP

DSS: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

DESEPAZ: Programa de Desarrollo, Seguridad y Paz

DPS: Departamento de Prosperidad Social

DS: Determinación Social

DSR: Derechos sexuales y reproductivos

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

EDA: Enfermedad diarreica aguda

EIC: Enfermedad Isquémica del Corazón

ENDS: Electronic Nicotine Delivery Systems

ENS: Encuesta Nacional de Salud

ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional

ENSM: Encuesta Nacional de Salud Mental

ENT: Enfermedades No Transmisibles

ESMAD: Escuadrón Móvil Antidisturbios

ESE: Empresa Social del Estado

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

EVS: Estilos de Vida Saludable

FODA: Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas

GABAS: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos

GIRS: Gestión Integral del Riesgo en Salud

IES: Instituciones de Educación Superior

INS: Instituto Nacional de Salud

INSAH: Inseguridad Alimentaria en el Hogar

LGBTI+Q: Colectivo de Lesbianas, Hombres Gay, Personas Bisexuales, Trans, Intersex y Queer

LMICs: Low- and Middle-Income Countries

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social

Modelo DSS: Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud

NNA: Niños, niñas y adolescentes

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PAE: Programa de Alimentación Escolar

PBS: Plan de Beneficios en Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PARCES: Participación, Convivencia, Educación y Superación

PBE: Política basada en evidencia

PDD: Plan de Desarrollo Departamental

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

PND: Plan Nacional de Desarrollo

PNSAN: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

POS: Plan Obligatorio de Salud

PPJ: Política Pública de Juventudes

PTAR: Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales

PTS: Planes Territoriales de Salud

RD: Relatos dominantes

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIDOC: Siderúrgica de Occidente

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social

SNBF: Sistema Nacional de Bienestar Familiar

SPA: Sustancias psicoactivas

SRPA: Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes

SUIN: Sistema Único de Información de la Niñez

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

TDSS: Teoría de la Determinación Social en Salud

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Resumen

Introducción. Las juventudes son el segundo grupo poblacional del país con un 27.4%. Aunque la normativa nacional reconoce como joven a las personas entre 14 y 28 años, en Santiago de Cali los reportes de salud se concentran en personas entre 15 y 25 años (15.5%) del total de la población. Esta delimitación, omite la normativa nacional, genera un subreporte de necesidades y situaciones de salud, afectando su reconocimiento, ponderación y priorización en la agenda pública, determinando estrategias de abordaje parciales o fragmentadas. En 2011, Colombia definió su primer Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022, el cual abarcó tres periodos presidenciales, articulando su agenda programática y determinando las agendas del gobierno local en dos trayectorias paralelas, la primera, consolidando las políticas de juventud y la segunda, estableciendo los Planes Territoriales de Salud. Objetivo: Analizar la configuración de las políticas públicas de salud para juventudes en Santiago de Cali, considerando los referentes teóricos, la agenda y los actores entre 2012-2022. Método: Análisis interpretativo de política pública. Resultados: Las políticas públicas de salud para juventudes han estado desarticuladas en los tres niveles de gobierno: nacional, departamental y distrital. Se identificaron narrativas dominantes que comprenden la salud orientada al sistema de salud, centrada en el aseguramiento y desde una mirada tecnócrata que comprende al joven como *adolescente*, desde el riesgo, pasivo y con baja capacidad de agencia. Aunque el PDSP se sustentó en la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, su aplicación territorial enfrentó múltiples obstáculos, pues las concepciones de los actores institucionales respecto a sus competencias y responsabilidades limitaron la operativización de un enfoque intersectorial e integral. En consecuencia, las políticas se focalizaron en bloques poblacionales distintos a las juventudes, especialmente en primera infancia e infancia, diluyendo las necesidades específicas de las juventudes, subsumidos operativamente en estrategias diseñadas para otros grupos poblacionales. Si bien, hay un desarrollo importante en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y más recientemente la problemática de salud mental, los procesos definidos para operativizarlas se orientaron en los adolescentes por su condición de *minoría de edad.* Así, las juventudes se comprendieron principalmente como adolescentes con modos de

vida urbanos, escolarizados, sin privación de la libertad, sin discapacidad, sin diversidad sexual e integrados a un núcleo de familia tradicional o con red de apoyo. A pesar de la existencia de narrativas programáticas de diversidad, persiste una mirada dicotómica (femenino-masculino), que limita el reconocimiento de sus desafíos en salud. Así mismo, se identificó una atemporalidad interna y una atemporalidad externa de las políticas entre niveles de gobierno, con escasos espacios de participación para las juventudes como titulares de derecho. Conclusión. La configuración de las políticas públicas de salud para juventudes es un proceso complejo, con interacción de múltiples actores, que sucede en tres niveles: nacional, departamental y distrital. Este proceso presenta agendas dinámicas, atemporalidades, que evidencian desarticulación de las políticas sociales, entre ellas las de salud con las de juventud. Las juventudes como grupo social se han comprendido predominantemente como menores de edad, su agenda ha sido liderada por actores de instituciones gubernamentales, con grandes desafíos en la incorporación de una perspectiva juvenil que reconozca su diversidad, capacidad de agencia y acciones acordes a su curso de vida.
Palabras clave: Política pública de salud, juventud, Determinación Social de la Salud, Participación de los interesados, Política de juventud.

Abstract

Introduction. youth constitute the second largest population group in Colombia, representing 27.4% of the total population. Although national regulations define youth as individuals between 14 and 28 years of age, health reports in Santiago de Cali focus on people aged 15 to 25, who represent 15.5% of the total population. This delimitation omits the national regulatory framework and generates underreporting of health needs and situations, affecting their recognition, weighting, and prioritization within the public agenda, and resulting in partial or fragmented policy approaches. In 2011, Colombia defined Plan Decenal de Salud Pública (2012–2022), which spanned three presidential terms, articulating the national programmatic agenda and shaping local government agendas through two parallel trajectories: the consolidation of youth policies and the establishment of Territorial Health Plans. Objective: To analyze the configuration of public health policies for youth in Santiago de Cali, considering theoretical references, policy agendas, and actors between 2012 and 2022.Method: Interpretative public policy

analysis. Results: Public health policies for youth have been fragmented across the three levels of government: national, departmental, and district. Dominant narratives were identified that frame health as oriented toward the health system, centered on insurance coverage, and informed by a technocratic perspective that constructs youth as adolescents—passive, at risk, and with limited capacity for agency. Although the PDSP was grounded in the Theory of the Social Determinants of Health, its territorial application faced multiple obstacles, as institutional actors' conceptions of their competencies and responsibilities constrained the operationalization of an intersectoral and comprehensive approach. Consequently, policies were focused on population blocks other than youth, particularly early childhood and childhood, diluting the specific needs of adolescents and young people aged 18 to 28, who were subsumed within strategies designed for other population groups. While there has been significant development in agendas related to sexual and reproductive rights, the prevention of psychoactive substance use, and more recently mental health, the mechanisms defined to operationalize these agendas were oriented toward adolescents due to their status as minors. Thus, youth were primarily understood as adolescents with urban, schooled modes of life, without experiences of deprivation of liberty, disability, or sexual diversity, and integrated into traditional family structures or support networks. Despite the existence of programmatic narratives of diversity, a persistent dichotomous perspective (female–male) limits the recognition of their health-related challenges. Additionally, both internal atemporality within policies and external atemporality between levels of government were identified, along with limited spaces for youth participation as rights holders. Conclusion: The configuration of public health policies for youth is a complex process involving multiple actors and unfolding across three levels of government: national, departmental, and district. This process is characterized by dynamic agendas and both internal and external atemporality, revealing the disarticulation of social policies, including health and youth policies. Youth, as a social group, have been predominantly understood as minors, with agendas led by governmental institutions, and with significant challenges in incorporating a youth perspective that recognizes diversity, capacity for agency, and actions aligned with their needs. Keywords: Health Policy, Young adult, Adolescent, Social Determination of Health, Stakeholder Participation, youth public.

Capítulo 1. Introducción y antecedentes

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el mundo hay 1.200 millones de personas entre 15 y 24 años, así, las juventudes representan el 16% de la población mundial (ONU, 2022). En Colombia, las Juventudes [1] son el segundo grupo poblacional del país, aproximadamente corresponde al 27.4% de la población total con 14.287.927 personas y que se discrimina así: personas entre 12 a 17 años con 4.782.502 (9.2%) y personas entre 18 a 28 años 9.505.425 (18.2%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En Colombia se identificó un descenso de la fecundidad y la natalidad para 2022, este proceso reflejó un estrechamiento en la base de la pirámide poblacional en la que se observa mayor cantidad de población en personas entre 25 a 29 años de edad (8,4%-4.320.717). En Valle del Cauca, Bogotá, D.C, Antioquia, Cundinamarca y Atlántico se concentró el 48,9% de la población joven.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Para 2023 las juventudes representaron el 26,4% de la población del Valle del Cauca, como a nivel nacional, representó el segundo grupo después de los adultos entre 30 y 59 años. (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2024). A nivel distrital, en Santiago de Cali, 357.161 personas tenían entre 15 y 24 años [2], con lo que las juventudes representaron el 15.7% de la población total de la ciudad, de las cuales 49.4% eran población masculina y 50,6% población femenina. (Secretaría de Salud de Cali, 2023).

Las juventudes son una población representativa con capacidades y conocimiento de sus situaciones sociales y de salud, sin embargo, se ha asociado a las juventudes como un periodo de la vida en el que se carece de elementos para identificar problemáticas, lo anterior, desde una mirada de “riesgo” con la que se ha visto históricamente a las juventudes (Botero 2008 en Sanabria-González & Reyes-Sarmiento, 2020).

[1] Considerando la edad biológica del grupo de juventudes como personas entre 14 y 28 años, también entre 14 a 26 años, el lector encontrará que en este documento se describen en las cifras personas también clasificadas en grupos de Infancia, adolescencia y adulto joven. Lo anterior se aclara ya que las fuentes consultadas así lo desagregan. Por ejemplo, para el reporte del ASIS 2023 los datos de adolescencia incluyeron población de 12 años, con lo que la cifra debe leerse con esta claridad.

[2] En el documento ASIS 2023 de Santiago de Cali, e corte de edad para juventudes no incluyó a las personas entre 24 y 28 años como lo sugiere el Acuerdo 464 de 2019, Artículo 5” joven toda persona entre 14 y 28 años cumplidos (Concejo de Santiago de Cali, 2019, p.3)”

Esta forma de comprender a las juventudes influye en la Configuración de las Políticas Públicas en Salud, ya que, focalizó los programas en tres problemáticas: la primera, la temática sexual y reproductiva; la segunda, el consumo de sustancias psicoactivas y más recientemente la tercera, la salud mental, mientras que se han dejado de lado otros problemas de salud que afectan negativamente a las juventudes, como, por ejemplo: el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, por mencionar algunos. Esta reducción de las necesidades de salud de las juventudes constituye una falencia constante en dichos procesos, ya que, se establece una postura sobre lo que se entiende por salud, así como la justificación para omitir otras necesidades como: las enfermedades no transmisibles, la actividad física, la alimentación y nutrición.

A nivel nacional, la primera causa de atención en salud entre el periodo 2009-2022 para juventudes fueron las Enfermedades No Transmisibles (ENT) con el 58.2% de la demanda en adolescentes (12 a 17 años), seguida de las condiciones transmisibles y nutricionales con 12,7%, de las cuales fueron más atenciones a mujeres que a hombres; la morbilidad por ENT fue de 57,9%de la demanda para personas entre 18 a 28 años y de 9,5 % para condiciones transmisibles y nutricionales, el número de atenciones en mujeres duplicó el número de atenciones que en hombres.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

En concordancia con las cifras nacionales, en el Valle del Cauca la principal gran causa de morbilidad fueron las ENT con 61.6% en adolescentes de 12 a 18 años; seguido de lesiones 9,5% y en tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales con un 8.5%; para el grupo de 19 a 26 años en el Valle del Cauca la primera causa fueron también las ENT con 58.6%, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con un 9.8% y en tercer lugar las lesiones con 9.0% (Roth Deubel, 2016) (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2024).

Además, la morbilidad en salud mental para adolescentes (12 a 17 años) aumentó en la mayoría de los grupos de diagnóstico, siendo mayor para los trastornos mentales (2.092), seguido de los trastornos de niñez y adolescencia (1818), además de una disminución en los trastornos por uso de psicoactivos en este grupo de edad (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2024). Para el grupo de personas entre 18

a 28 años se evidenció una disminución en el número de consultas por morbilidad en salud mental en la mayoría de los trastornos, con mayor disminución en el número de consultas por Esquizofrenia y Trastornos del humor (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2024).

En Cali, las cifras de morbilidad atendida según grandes causas, la principal causa de morbilidad para las juventudes fueron también las ENT, así: adolescentes (12 a 17 años) 64.9% y en juventudes (personas de 18 a 28 años) 59.2% para 2022(Secretaría de Salud Pública de Cali, 2023). Además, en 2022 hubo un incremento de consultas en condiciones transmisibles respecto al año 2021 así 0,81% en la adolescencia, 1,23% en la juventud 2022 (Secretaría de Salud Pública de Cali, 2023). En segundo lugar, fueron las condiciones transmisibles y nutricionales adolescentes (12 a 17 años) fue de 8.3% y en juventudes (18 a 28 años) fue de 11.7% y finalmente las condiciones maternas perinatales que se presentan mayoritariamente en mujeres entre 18 y 28 años 3.3% siendo menor la cifra en población entre 12 y 17 años (1.1%) y que disminuyó con relación al año inmediatamente anterior (Secretaría de Salud Pública de Cali, 2023).

En cuanto al análisis de morbilidad en salud mental para 2023 en Cali se reportó que: “En la adolescencia los trastornos del desarrollo psicológico tuvieron la mayor representación, con un incremento paulatino en los últimos tres años, mientras que en juventud fueron los trastornos neuróticos los de mayor prevalencia, 10 puntos porcentuales más (Secretaría de Salud Pública de Cali, 2023)”. Lo anterior, sugiere que, la salud mental representa un desafío para las juventudes de Santiago de Cali.

El problema de la configuración de la política de salud para las juventudes

En el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012-2021, se identificó una visión limitada para atender las problemáticas de salud de las juventudes, pues proyectó como acciones prioritarias para las juventudes: “el fomento de los derechos sexuales y reproductivos”, estipulando que se debía establecer una articulación con la política pública para las juventudes y no se declaró una agenda de salud adicional, aunque se destaca que vinculó elementos como los riesgos laborales y propuso estrategias en la línea de promoción de la salud como la de los entornos saludables (MinSalud, 2013).

Con respecto a la temática alimentaria y nutricional, si bien se establecieron metas generales para la ingesta de frutas y verduras, reducción de la ingesta de sodio y la práctica de actividad física, estas metas se describieron para la población colombiana en general y nuevamente, no se distinguió una línea de atención propia a las problemáticas de las juventudes (MinSalud, 2013). Lo anterior, muestra que aun teniendo lineamientos generales, la política sanitaria tampoco fue clara con referencia a las problemáticas propias de las juventudes.

Urge entonces analizar la mirada de lo que se entiende como problema en salud para juventudes, considerando que durante el diseño del PDSP 2012-2021, emergió una consideración por parte de los actores participantes del proceso con respecto a la necesidad de ampliar el alcance de las políticas públicas, vinculando a otros sectores, para reflexionar sobre las causas de las problemáticas que dichas Políticas Públicas en Salud aspiraban resolver (MinSalud, 2013).

Entendiendo que las políticas públicas de salud buscan disminuir las brechas de inequidad para garantizar la salud, se esperaría que dichas políticas fueran configuradas de la mano de las poblaciones a las que van dirigidas, tomando como línea de base las cifras que soportan las problemáticas en salud disponibles. Sin embargo, se ha encontrado que, en el proceso de configuración de una política pública de salud, las juventudes como actores locales se han tenido en cuenta de manera insuficiente.

En particular, se ha observado que, en los procesos de configuración de políticas públicas de salud, principalmente hay actores adultos con intereses, interpretaciones y comprensiones propias sobre lo que es la salud, los problemas de salud y las juventudes. Las concepciones de estos actores están relacionadas con sus experiencias e interacciones y están en constante tensión al momento de definir las problemáticas de salud para esta población. Estas interacciones son importantes para el análisis de las políticas de salud, si se entiende que: “el conocimiento relevante para la planificación a nivel territorial surge o se construye como fruto de la interacción, negociación y discusión” Martín y Merinero, 2010 en (Sandoval Escudero, 2014).

Otra dificultad en la configuración de las políticas para las juventudes es que:

> Las intervenciones dirigidas a la juventud, a través de los proyectos ejecutados en los planes de desarrollo de los períodos 2007- 2011 y 2012-2015, evidencian que, si bien se dirigen a una amplia gama de derechos, son de baja eficacia; más aún, no tienen continuidad en el tiempo y su ejecución es limitada -en ocasiones se interrumpen los proyectos-, debido a que los recursos son insuficientes para enfrentar las problemáticas juveniles(Otálvaro-Marín & Vergara-Argotty, 2025).

Adicionalmente, para las políticas de salud para juventudes, existe una limitación en la manera como se aborda la evaluación, que se acoge a un modelo predominantemente orientado al análisis del cumplimiento de metas y aunque se reconoce que este abordaje es necesario, se identifica que hacen falta estudios que analicen la configuración de las políticas públicas de salud para las juventudes dando cuenta de los marcos teóricos que las definen, los actores que participan de este proceso, y el posicionamiento de la agenda en salud enfocada en las necesidades de las juventudes. Para esto es importante aplicar un abordaje analítico que, desde lo interpretativo, brinde elementos para comprender y debatir las Políticas, (Vargas, Vásquez y Jane en Morales-Borrero María Carolina, 2010).

La configuración de las políticas públicas representa dos aspectos preliminares de interés, la primera es la comprensión de lo que se considera como problemática pública, por lo tanto, implica atención de dicha problemática (para este caso, esos aspectos de interés en salud); la segunda, es el reconocimiento de los grupos poblacionales con los que se diseña la política pública (para este caso las juventudes), que son dos de los elementos de interés en esta investigación. Además, si bien los procesos de configuración de política pública incluyen el diseño de ésta, también se interesan por el planteamiento o las apuestas teóricas entorno a la problemática que se aborda, la valoración de la población a quien va dirigida la política, los intereses y perspectivas de los actores que participan en estos procesos de configuración de la política.

Relevancia de los análisis de política pública para juventudes desde el enfoque interpretativo

Investigar la configuración de las políticas públicas en salud para las juventudes de Cali desde un doctorado en salud es pertinente, si se comprende que las juventudes representan el segundo grupo poblacional con más personas en el país, siendo además el grupo poblacional preliminar al 40,4% de los adultos colombianos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Lo anterior, sugiere que las decisiones de política pública en salud de las juventudes determinan de alguna forma las situaciones de salud de los adultos del país.

Por otro lado, las investigaciones sobre políticas públicas se han enfocado especialmente en el análisis del cumplimiento de indicadores y desde abordajes de tipo evaluativo. Si bien este tipo de investigaciones son muy importantes, se requieren estudios de corte interpretativo que aporten a la comprensión de los procesos de configuración de las políticas públicas en salud para las juventudes, ya que esta perspectiva incluye aspectos como: el proceso entre los actores involucrados en las políticas, la agenda y los referentes teóricos que las sustentaron. Así, el Análisis Interpretativo de Políticas Públicas (AIPP), se reconoce como uno de los enfoques metodológicos que permite una aproximación a este tipo de información sobre las políticas públicas en salud para las juventudes de Cali.

Adicionalmente, la comprensión de las problemáticas en salud desde la mirada de las ciencias biomédicas es insuficiente y requiere comprender la configuración de las políticas públicas que las abordan, para superar la perspectiva biológica y vincular desde la interdisciplinariedad elementos de otras áreas, en el caso de esta investigación, la de las ciencias políticas para enriquecer el análisis.

Esta investigación aportó a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente, al objetivo 3 Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible (CEPAL, 2018). Este objetivo expresa la importancia de vincular investigaciones para las juventudes que aporten al desarrollo sostenible.

Investigar la política de salud de las juventudes de Cali tiene relevancia científica pues contribuye a la comprensión de la configuración de estas políticas públicas, además aporta en la aplicación de un referente metodológico que proviene del campo de las ciencias políticas como lo es el Análisis Interpretativo de Políticas Públicas (AIPP) en los debates en el campo de la salud con lo que se tuvo un abordaje interdisciplinar.

Con respecto a los posibles aportes para la sociedad, la investigación pudo contribuir en la manera en la que los actores involucrados en la configuración de política pública de salud reconocen a las juventudes. Adicionalmente, esta investigación puede generar que las juventudes de Santiago de Cali se posicionen como actores protagonistas de los procesos de configuración de las políticas públicas de salud reconociendo su capacidad de agencia sobre las situaciones de salud que experimentan.

En este sentido la Investigación se propuso responder las siguientes preguntas:

Pregunta principal

¿Cómo ha sido el proceso de configuración de las políticas públicas de salud para juventudes, en Cali, considerando los referentes teóricos, la agenda y los actores de acuerdo con la perspectiva del análisis interpretativo de política pública?

Preguntas complementarias

1. En los referentes teóricos que predominaron en la configuración de las Políticas públicas de salud para la juventud de Cali en el periodo 2012 - 2022 ¿cómo se conceptualizaron la salud y la juventud?

2. En la configuración de las Políticas públicas de salud en Cali, 2012-2022, ¿Cómo se ha coordinado la agenda sobre salud y juventud y cuáles han sido los actores involucrados?

En este sentido los objetivos de la investigación se presentan a continuación:

Objetivo General

Analizar la configuración de las políticas públicas de salud para juventudes en Santiago de Cali, considerando los referentes teóricos, la agenda y los actores de acuerdo con la Perspectiva del Análisis Interpretativo de Política Pública para 2012-2022

Objetivos Específicos

1. Caracterizar los referentes teóricos sobre salud y juventud que sustentaron las Políticas públicas de salud de las juventudes en Cali para el periodo 2012-2022

2. Explicar la definición de la agenda y los actores involucrados en el proceso de la configuración de las Políticas públicas de salud para juventudes de Cali en el periodo 2012-2022

Para avanzar en el desarrollo de los objetivos fue importante reconocer la producción académica sobre el análisis de las políticas públicas de salud para las juventudes a nivel internacional y latinoamericano, entre el periodo 2012-2022 y que se presenta a continuación.

Agenda internacional de salud de las juventudes en el mundo entre 2012-2022

Inicialmente se aclara que los análisis de políticas públicas de salud para juventudes disponibles en las publicaciones científicas corresponden principalmente a evaluaciones de costo- efectividad o eficiencia de programas concretos para nutrición, salud mental, programas de consumo de tabaco o sustancias psicoactivas, así como de salud sexual y reproductiva, en los que predominan metodologías como la evaluación. Los estudios con enfoque metodológico diferente que den cuenta de las experiencias de los jóvenes en estas intervenciones se fragmentan en adolescencia e infancia y en publicaciones que combinan población joven con adultos jóvenes, con lo cual la producción científica de los análisis de políticas públicas de salud para juventudes se declara como diluida.

En general, desde la metodología del Análisis Interpretativo de Política Pública (AIPP) las investigaciones sobre la configuración de las políticas de salud para juventudes son

escasas. Por lo anterior, este apartado se presenta en dos secciones: la primera, que contiene los estudios de análisis de política pública de salud a nivel mundial; y la segunda, presenta investigaciones sobre las políticas públicas de juventud -incluido el componente de salud- para las juventudes, aunque estos no siempre se enmarcan en la perspectiva del AIPP, que es el de interés para esta investigación.

Para este apartado se realizó una revisión narrativa que involucró publicaciones entre 2012 y 2022 disponibles en las bases de datos, PubMed y Proquest, estas publicaciones fueron producto principalmente del análisis de bases de datos de encuestas nacionales sobre temáticas de salud de las juventudes escolarizadas y de implementación periódica (Estatal). En segundo lugar, se identificaron artículos con resultados de la implementación de baterías de instrumentos estandarizados y validados internacionalmente (Organización Mundial de la Salud (OMS), Center for Disease Control and prevention (CDC), entre otros) para medir los componentes de las estrategias de salud en la Política pública para juventudes.

En menor proporción hubo publicaciones sobre el sentido, la experiencia vivida, o las percepciones de los jóvenes en los programas de salud disponibles. Finalmente, se identificaron también publicaciones que investigaban las políticas públicas de salud con interés de dar cuenta de sus características y se debatían las oportunidades de mejora para los diseños de política incluida la evaluación, sin embargo, las publicaciones no siempre contaban con datos o cifras concretas sobre las juventudes como titulares de derechos, es decir, su foco eran los supuestos de la política per se.

La producción científica estuvo liderada principalmente por países como Estados Unidos y Corea del Sur (55%), estas publicaciones monitorearon diferentes cohortes de jóvenes escolarizados y sus comportamientos de consumo y uso de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas (Ver gráficas anexo_a).

La revisión de la producción científica sobre la salud de las juventudes en diferentes países del mundo aumentó entre 2012 y 2022, lo que sugiere un interés en monitorear o dar cuenta de los efectos de las medidas de política sanitaria dirigida a la población juvenil del mundo. Sin embargo, estas no vinculan narrativas, datos o información de la

situación latinoamericana, si se identifica que apenas el 3% de las publicaciones correspondía a Brasil. De igual forma, se identificó un monitoreo de aspectos concretos de los *modos de vida* que no corresponden a todos los posibles dentro de la experiencia juvenil como lo son:

1. juventudes escolarizadas, el monitoreo de la salud sucede en el ambiente escolar y sobre estos se enmarcan directrices de políticas para abordar la agenda en salud, se omitieron las juventudes por fuera del sistema escolar (migrantes, personas de bajo nivel de ingresos, deserción de los jóvenes del ámbito escolar).

2. Una dicotomía en términos de género lo femenino y lo masculino, existe por ende omisión de las necesidades en salud desde una perspectiva de diversidad sexual.

3. Una juventud urbana, se referencia de forma marginal las cifras o análisis de las situaciones de las juventudes rurales y por ende existe un desconocimiento de su situación de salud, así como de su agenda sanitaria y que en términos de Breilh está determinada por el colectivo dentro del que transcurre la experiencia juvenil rural y por ende existe una diferenciación entre los patrones de exposición y vulnerabilidad o susceptibilidad disponibles (Breilh, 2013).

4. Una juventud en libertad plena, no se identifican reflexiones sobre las juventudes que transitan su curso de vida dentro de la privación de libertad, ni tampoco, de aquellas que por su vulnerabilidad se encuentran institucionalizados en programas estatales, como medida de restablecimiento de los derechos vulnerados en diferentes entornos en los que están inmersos. En estas realidades transcurre la experiencia juvenil en Colombia. Sin embargo, las publicaciones internacionales no registran o mencionan estos modos de vida.

Lo anterior pudo estar dado por que esta realidad es más común en países desiguales como Colombia, que para 2023 ocupó el puesto número tres en desigualdad después de Sudáfrica y Namibia. Con respecto al corte de edad -corte biológico- es necesario comprender que en las publicaciones de salud se ha priorizado conocer y abordar los comportamientos del segmento adolescente de las juventudes y que en todo caso este

difiere por país, por ejemplo, en Estados Unidos se es mayor de edad hasta los 21 años (USCIS,s.f) , en Corea de Sur a los 19 años, mientras que en África la mayoría de edad se puede obtener entre los 12 y los 13 años (ACE, Prensa,2009), siendo estos países los que representaron un 63% de los artículos relacionados con la temática de salud de las juventudes a nivel mundial en la revisión realizada.

Abordajes en los análisis de política pública de salud y sobre juventudes

Se puede afirmar que si bien las juventudes como colectivo son un grupo social sobre el que se investiga, el interés de la agenda investigativa no siempre articula a las juventudes con sus políticas de salud, en cambio, las políticas como objeto de estudio se muestran separadas de los estudios de juventud, pues estos, en diferentes países se han centrado principalmente en los mecanismos de participación de las juventudes. Así, a continuación se presentan publicaciones complementarias en las que se identifican las dos líneas de investigación referidas, las juventudes y su participación y las Políticas de salud.

En 2022, se realizó un análisis interpretativo y comparativo de los dispositivos retóricos en la planificación de las políticas públicas de dos gobiernos distritales. Los resultados sugieren que la política pública se configura a partir de dispositivos retóricos que estructuran la deliberación, revelando tensiones entre la democracia representativa y deliberativa. La investigación identificó limitaciones en la participación para materializar una democracia inclusiva en el marco de tensiones existentes. La investigación revela que la política pública no es solo un *proceso técnico*, en cambio es un proceso discursivo con sentido, significado y conflicto que converge en la acción colectiva (Chica-Velez, 2022).

En 2022 se realizó un perfil exploratorio-descriptivo y bibliométrico para identificar los vacíos de investigación en el campo del estudio de las políticas públicas de salud para jóvenes en la base de datos Web of science con tres palabras clave: "público", "jóvenes" y "salud". Se seleccionaron 172 artículos con los que se reportó que la salud de los jóvenes se abordó interdisciplinariamente desde cuatro áreas: educación, trabajo social,

derecho y ciencias sociales, siendo más recurrentes temáticas de salud mental, violencia, obesidad, y el uso-abuso de sustancias, pero estos estudios no tuvieron propuestas integrales en temáticas de salud pública juvenil (Bizarria et al., 2022).

El estudio indicó además que la producción científica en este campo se realizó principalmente en los Estados Unidos (107 artículos), Australia, Holanda, Alemania y Brasil. Como agenda de investigación se presentaron ocho aspectos, así: foco en el análisis del contexto latinoamericano en bases de datos internacionales; encuestas con dinámicas generacionales, cambios de comportamiento y estilos de vida; análisis sociológicos con debates sobre la producción de la salud juvenil en diferentes contextos; investigaciones sociales y políticas que sustentaban la idea de desarrollo económico y social basados en la promoción de la salud de los jóvenes; (re)definiciones sobre juventud o infancia considerando diferentes perspectivas teóricas; investigaciones sobre el protagonismo juvenil en relación con la salud; debates sobre políticas públicas de salud dirigidas a los jóvenes desde una perspectiva juvenil; finalmente, relevancia y análisis de prácticas exitosas, que daban cuenta de la adherencia, los cambios de comportamiento, actitud y repercusiones en la salud y el bienestar (Bizarria et al., 2022).

En 2022 Santos Silva et al investigaron las políticas de promoción de la actividad física (AF) en Brasil para niños y adolescentes, con la herramienta de auditoría de políticas (PAT) de la actividad física para mejorar la salud (HEPA), versión 2 de la OMS con la que analizaron cada política desde el FODA, “Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas, en este estudio se concluyó que si bien Brasil contaba con suficientes programas y acciones con una cobertura amplia y gratuidad a nivel federal para promover la actividad física para niños y adolescentes, ninguno de estos programas se centró principalmente en la promoción de la actividad física. Además, pocos programas informaron en sus sitios web los recursos financieros destinados a los proyectos o acciones afectando la transparencia, tampoco contaban con un sistema de seguimiento, ni plan de evaluación de impacto o de efectividad de las Políticas Públicas, por ende se afectaba su reformulación (Silva & Silva, 2022).

Mertanen (2020) analizó las políticas de juventud de la Unión Europea y Finlandia desde un enfoque interpretativo, corriente de Carol Bacchi, centrado en el análisis de discursos

y problematizaciones de política pública. Sustentando en Bacchi y Foucault, el estudio analizó la manera en que las políticas construyen el denominado “problema de la juventud”. Los resultados indicaron que los jóvenes son representados como sujetos “en riesgo” de exclusión social, lo que legitima intervenciones orientadas a su activación mediante educación, formación y empleabilidad. Asimismo, el análisis evidencia que las políticas juveniles articulan racionalidades neoliberales y paternalistas en la forma de gobernar a los jóvenes y en la definición de las soluciones institucionales frente al problema juvenil (Mertanen, 2020).

Volleberg (2020) analizó la Política de Educación Inclusiva de Namibia desde el análisis interpretativo de políticas enfoque de Yanow para comprender la interpretación y los significados de los actores implicados en la política. La investigación aplicó análisis documental de la política y entrevistas semiestructuradas. Se realizaron siete entrevistas: tres a expertos vinculados al campo de la discapacidad y cuatro a personas con discapacidad destinatarias de la política. El análisis se estructuró a partir de la identificación de comunidades interpretativas, diferenciando tres categorías de actores: el gobierno como creador de la política, los expertos como implementadores y las personas con discapacidad como receptores de la política. A partir de estas fuentes, el estudio reconstruyó los marcos interpretativos desde los cuales cada grupo comprendió el problema público, la política y las posibles soluciones (Volleberg, 2020, p.3-19).

Se identificaron distintos *frame conflicts* centrados en divergencias sobre las barreras que afrontan las personas con discapacidad y a las soluciones institucionales determinadas en la política. Estos desacuerdos no se explicaron únicamente por diferencias técnicas, en cambio eran interpretaciones distintas construidas a partir de las experiencias y posiciones de los actores involucrados. Como conclusión, se indica que el análisis interpretativo permite comprender la forma en la que las políticas públicas adquieren diferentes significados para los actores que participan del proceso, aportando elementos para identificar tensiones en el diseño y aplicación de las políticas orientadas a poblaciones específicas (Volleberg, 2020, pp.14-17, 49-52).

En Brasil para 2020, se investigó sobre las ventajas para la juventud creada desde las plataformas de políticas locales, encontrando cuatro grandes grupos: "trabajo y

educación" formación descontextualizada de su realidad y enfocada para el trabajo, “violencia y cultura de paz” relación entre el acceso a los espacios culturales como mecanismo que aliviaba la violencia y las conductas inapropiadas (Fiuza Fialho & Sousa, 2020), “protagonismo juvenil” “importancia de considerar al joven como protagonista en su entorno, sujeto de elecciones, derechos y deberes, para el desarrollo de su capacidad de actuación crítica y responsable en la sociedad(Fiuza Fialho & Sousa, 2020), salud y sexualidad enfocada en embarazo, enfermedades de transmisión sexual y VIH, priorizando siempre la “juventud vulnerable”; los autores concluyeron que para disminuir las brechas se requería la promoción de políticas públicas con énfasis en necesidades de los jóvenes (Fiuza Fialho & Sousa, 2020).

En 2021, en Colombia se realizó una búsqueda sistemática para sintetizar los modelos para el análisis de políticas públicas en salud de investigaciones publicadas entre 2002 y 2017 en el que se identificó que la mayor proporción de investigaciones se realizó en países del continente africano. Las políticas relacionadas con la atención en salud fueron objeto de investigación con mayor frecuencia. Los modelos aplicados con mayor regularidad fueron: el modelo de análisis de políticas de Walt y Gilson y el marco de corrientes múltiples de Kingdon (en ese orden). Además, se reportó que los artículos si bien declaraban el modelo de análisis de política pública, no presentaron el enfoque que los orientaba. Se sugirió al final construir un corpus teórico más robusto que permitiera la discusión sobre los enfoques y modelos para el análisis de políticas públicas. Esta distinción es relevante, ya que puede ordenar las propuestas metodológicas para el estudio de las políticas (Montenegro Martínez et al., 2021).

En 2019 se realizó una revisión sistemática para comprender los factores críticos que habían facilitado la difusión de la evidencia científica en múltiples fases de la formulación de políticas de salud en Bangladesh, aplicando el análisis de los marcos, propuesto por Shiffman y Smith en 2007, para extraer y sintetizar datos de seleccionados para análisis de políticas y para garantizar el contenido, el contexto y los actores involucrados con la formulación de políticas basada en evidencia. Este marco de Shiffman y Smith consta de cuatro categorías: 'Poder del actor', 'Ideas', 'Contextos políticos' y 'Características del tema’. Como resultados se identificaron 24 artículos 16 cualitativos y 8 aplicaban

métodos mixtos. Mayoritariamente fueron estudios de casos centrados en estudios prospectivos del proceso de formulación de políticas y en análisis retrospectivos de factores que contribuían a la aplicación de la investigación en la política. 10 de los artículos se basaron en Bangladesh, mientras que los otros 14 fueron estudios de varios países que incluyeron a Bangladesh junto con otros países de Asia, África y América del Sur. Así, se destacó que la evidencia es solo un componente necesario para influir en la política, siendo vital y creíble no es suficiente para impulsar la elaboración de políticas basadas en evidencia, pues existen otros factores determinantes. Finalmente, se propuso la necesidad de investigar la sostenibilidad de los programas y las implicaciones de la financiación en la evidencia que sustentaba las políticas públicas de salud.

Para 2018 se realizó una revisión sistemática con el método de BeHeMOTh, en nueve bases de datos electrónicas para identificar los elementos marcos y modelos teóricos sobre las interrelaciones de evidencia de investigación y formulación de políticas de salud, con un enfoque en la factibilidad y el establecimiento de una agenda en el contexto de salud mental en países de bajos y medianos ingresos (LMICs). En los resultados se identificó que los marcos para reconocer evidencia e interrelaciones de políticas diferían en sus elementos y procesos. Ningún marco cumplió todos los criterios de inclusión. Cuatro modelos teóricos fueron aplicables a la salud mental en países de ingresos bajos y medios, pero ninguno se enfocó específicamente en el establecimiento de la agenda, lo que se reportó como brecha en la teoría de la investigación en el contexto de la traducción del conocimiento sobre salud mental en los (LMICs).

Ralston (2018) aplicó un enfoque de análisis interpretativo de políticas para analizar las alianzas entre gobierno e industria alimentaria en las políticas de obesidad en el Reino Unido, con técnicas como entrevistas con actores clave y el análisis documental, encontrando que hay asociaciones, presentadas discursivamente como espacios colaborativos que funcionan en la práctica como mecanismos que permiten a los actores corporativos influir en la formulación de políticas y debilitar mecanismos de rendición de cuentas (Ralston, 2018).

En Colombia para 2015, se investigaron las narrativas en jóvenes sobre el uso de drogas ilícitas y licitas, con resultados en dos vías, la primera el hecho mismo de consumo de drogas y el segundo sobre los aspectos ético-morales de esta práctica, es decir, el debate sucedía entre su uso controlado o abuso. Con lo anterior los referentes prohibicionistas o punitivos de los programas de prevención de consumo requerían transitar y reconocer a los jóvenes como sujetos claves en los escenarios de debate para la toma de decisiones en el consumo de psicoactivos. (Calderón-Romero & Cáliz-Romero, 2015)". Los autores indicaron la existencia de una relación empírica y teórica en la decisión personal en la autodeterminación de consumo, - es necesario que sea una decisión propia-, una forma de entender la autonomía en el marco de un constante cuestionamiento del Statu Quo (Calderón-Romero & Cáliz-Romero, 2015).

Con respecto a la categoría "juventudes", se reconocieron los aspectos biológicos en los que centró esta categoría, sin embargo, los autores propusieron que esta categoría social debía: "ser entendida como un fenómeno sociológico […]desde la órbita de la reflexión sobre lo social humano y del devenir histórico. Los autores cuestionaron la necesidad de transitar de "juventud a juventudes", considerando que había: "condiciones históricamente construidas y determinadas por diferentes variables que las atraviesan (Calderón-Romero & Cáliz-Romero, 2015)".

En Colombia en 2016, se publicó un artículo que presentó narrativas relacionadas con las políticas públicas de juventud de la región, la participación de los jóvenes, los enfoques de las políticas públicas y la agenda investigativa social. Se identificó una transición en el reconocimiento de un joven apático con los procesos de las políticas públicas, hacia un joven que es estigmatizado por las formas en que ejerce su participación de estos procesos. De igual forma se encontró que se reconocía una idea de que la juventud no existía como tal, y lo que se visualizaba era a jóvenes en plural. Los resultados indicaron que en el diseño de políticas públicas para la infancia hay un abandono generacional producto de la falta de continuidad en dichas políticas públicas. Así, se sugirió una especie de supuesto falso de que los niños tenían hambre pero que los adolescentes no. Rodríguez, en (Plesnicar, 2016)". Además, se reconoció una gran deuda de la investigación con relación a la evaluación y el monitoreo de las políticas

públicas para juventudes en cuatro áreas claves: salud, educación, vivienda y seguridad social. Se sugirió una construcción de indicadores e índices para comprender los niveles de desarrollo juvenil Rodríguez, en (Plesnicar, 2016).

En el Reino Unido en 2015 se investigó sobre las actitudes del público hacia la salud de los adolescentes y sus tendencias en salud. Dentro de los resultados se identificó que existían estereotipos negativos o de menosprecio de la juventud lo que influía en la forma en la que los adultos entendían la salud de los jóvenes (Coleman & Hagell, 2015). Lo anterior, no fue ajeno a los actores encargados de formular o implementar la prestación de los servicios de la salud con lo que los autores propusieron considerar un enfoque positivo basado en las fortalezas (Coleman & Hagell, 2015)".

Con respecto a la forma como se proponía la medición en indicadores para juventud, los autores refirieron que usualmente eran otros grupos poblacionales sobre los que se identificaron avances, mientras que para este grupo no eran tan notorios. Se estableció lo relevante del papel de los jóvenes en la participación y un empoderamiento genuino, más allá del "arreglo formal establecido por los adultos involucrados (Coleman & Hagell, 2015)". Finalmente, se recomendó a los países que diferenciaran las necesidades de los jóvenes de las necesidades de los niños.

Se identificó que las publicaciones relacionadas con juventud, salud y análisis de política pública no siempre se articulaban. Así, dentro de los resultados de búsqueda, además, se identificaron investigaciones de los últimos cinco años relacionadas con programas, acciones o proyectos de Salud mental, uso y abuso de sustancias psicoactivas (tabaco, cigarros, E-Cigaretts, dispositivos dispensadores de nicotina (Electronic nicotine delivery systems -ENDS-), alcohol, cannabis. Además, mayoritariamente estos resultados provenían de juventudes institucionalizadas de alguna forma, puede ser escolarizadas o que accedieron a servicios de salud, lo que sugiere que las situaciones de salud de las personas entre 14 y 28 años que transitaron su vida por fuera de estos espacios socialmente reconocidos (la familia, la escuela, el trabajo, la educación superior) pudieron ser omitidas.

Finalmente, los aportes de la revisión narrativa y las publicaciones científicas incorporadas en el Estado del Arte sugieren una visión fragmentada de las juventudes como sujetos políticos desde su participación y como grupo social omitiendo los modos de vida, lo que sugiere que se omiten o se conocen parcialmente sus necesidades en salud y que no se debe entender como un asunto menor, ya que, la producción científica disponible resulta insumo para definir las políticas de salud para las juventudes.

En este sentido, la definición de la agenda tiene dentro de su proceso la identificación de “problemas”, o aspectos problemáticos que en algunos casos proviene de la revisión de estas publicaciones -conocido como política basada en evidencia (PBE)-, por lo que la producción y publicación de esta visión parcial o que omite los modos de vida de las juventudes repercute en la definición o en la omisión de unos u otros aspectos problemáticos, perpetuando vacíos y visiones parciales de las juventudes, participando así en una reproducción de imaginarios o maneras de reconocer la experiencia juvenil, sus necesidades en salud, por ende los abordajes requeridos y puestos en marcha están en tensión dentro de los procesos de Configuración de Política Pública, pues predomina una visión adultocéntrica, tecnócrata y sectorial predominantemente de países por fuera de la perspectiva latinoamericana.

Capítulo 2. Marcos referenciales para la comprensión del AIPP en la Investigación de la salud de las juventudes

En este apartado se encuentran las perspectivas teóricas desde las que se sustenta la investigación, es decir, la perspectiva desde la que se estableció el análisis de los resultados de esta tesis doctoral.

En este apartado se presentan dos teorías: la primera del campo de la Salud Pública denominada la Teoría de la Determinación Social en Salud, que, si bien pretende aportar elementos para entender las desigualdades en Salud, es pertinente para esta investigación ya que permite comprender cómo se entiende la categoría Salud de las juventudes desde la perspectiva de Salud Pública; la segunda es la correspondiente a la Teoría del Análisis Interpretativo de Política pública (AIPP),se presentan su concepto, clasificación, las principales orientaciones para el análisis, así como los principales autores. Este enfoque, permite que el investigador procure cercanía en la caracterización de los datos, para buscar significados y fuente de esos significados (Roth Deubel, 2020).

La Teoría de la Determinación Social en Salud

A mediados de la década del 70 se presentó la teoría de la Determinación Social de la Salud, como una de las tres categorías centrales de la epidemiología Crítica, (Breilh J 2013, p.1), fue propuesta por el denominado grupo de Quito, entre los que se destacó Jaime Breilh, y que fue enriquecida y desarrollada por otros autores desde una mirada latinoamericana para comprender las desigualdades en salud, en relación con las teorías dominantes en el campo de la Salud Pública. (Breilh, 2013)

Esta teoría, se sitúa desde una perspectiva teórico política en la que se discute la existencia de relaciones de poder, la comprensión de la vida social desde un ángulo económico que sin duda determinan: “un orden social que mercantiliza la naturaleza”(Breilh, 2013) expresando que las relaciones de poder están inmersas en esas relaciones sociedad-naturaleza y a su vez entre lo social y lo biológico.

La Determinación Social de la Salud se estableció como una categoría de “contranarrativa” desde la Epidemiología Crítica latinoamericana que se motivó por la lucha de los pueblos: “por superar un régimen social centrado en la acumulación de

riqueza, y no las preocupaciones burocráticas de la llamada gobernanza (Breilh, 2013, p.16)".Así, la epidemiología moderna crítica establecida desde una mirada latinoamericana, en el influjo social de los años 70 favorecieron las condiciones para proponer y sistematizar la noción de Determinación Social de la Salud en la epidemiología (Breilh, 2013), en la que la medicina social volcó la mirada a "las relaciones entre el orden social capitalista y la salud" (Breilh, 2013).

De acuerdo con Breilh, un cuestionamiento sobre la epidemiología lineal desarrollada entre los años 70 y 90 por diversos autores como Laurell, Samaja, Almeida, Tambelini, Ayres, Victora y el mismo Breilh, comentado además por otros autores como Duarte, franco, Waitzkin se consideró relevante para el posicionamiento de la categoría.

Para Breilh, el modelo epidemiológico empírico, si bien cuenta con herramientas de la estadística lo suficientemente robustas, no aporta elementos de explicación referentes a la relación de tres aspectos: sistema social, modos de vivir y salud, como tampoco aportaba información para comprender la distribución de las formas y la intensidad de exposición humana a procesos peligrosos, ni la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas, tampoco[…]"había forma de comprender en profundidad el metabolismo sociedad-naturaleza y su impacto social"(Breilh, 2013).

Para Breilh, la Determinación social aparece como una propuesta de superación del causalismo: "-en cuanto se refiere a la producción o génesis de la salud-;aplicando la noción de "reproducción social" (en las dimensiones general-particular-singular) como superación del empirismo aplanado; que incorporamos la concepción dialéctica de la "relación social-natural-biológico", como superación del ecologismo empírico; y finalmente, que empezamos a someter a un escrutinio crítico el uso empirista de las técnicas y la preeminencia de un enfoque cuantitativista del método"(Breilh, 2013).

Para la Determinación Social de la Salud es necesario incorporar la dialéctica de la "relación social-natural-biológico" (Breilh, 2013). Además, considera, que la epidemiología debe operacionalizar la clase social superando los estratos convencionales que se usan en una epidemiología que Breilh denomina "vieja", para que

se pueda promover una comprensión de la distribución poblacional de las condiciones de salud.

Desde la teoría de la Determinación Social de la Salud se entiende la salud para esta investigación. Así, la salud es comprendida como un "objeto *Polisémico*", es decir un objeto que puede entenderse desde diferentes significados. Así, se entiende la salud desde tres posturas :1.la salud como objeto real; 2. la salud como sujeto de conocimiento y 3. la salud como campo de praxis, tal como se muestra en la imagen No 1.

Imagen 1.La salud como noción polisémica



Fuente: tomado de Breilh, 2013, p.13

Lo anterior, de acuerdo con el autor, apunta a avanzar hacía un paradigma crítico de la epidemiología entrelazando tres transformaciones complementarias e interdependientes: Primero, entender la salud como objeto complejo y multidimensional, segundo innovación conceptual-categorías y operaciones metodológicas- y tercero transformar la epidemiología como campo de acción con sus formas de incidencia y relaciones con las fuerzas sociales movilizadas"(Breilh, 2013).

Considerando la salud desde las relaciones objeto-sujeto -campo se propone que para cada uno de ellos hay una Determinación Social (DS), así: DS del objeto, DS de la construcción de los conceptos y DS de la praxis (Breilh, 2013, p.14). Con lo anterior, se propone que existe una matriz social determinante relacionada con: "la transformación objetiva, subjetiva y práctica" que se produce socio-históricamente (Breilh, 2013).

Para la Determinación Social de la Salud existe una dependencia tanto de las imágenes y estímulos de la naturaleza como de la cultura, propias de las estructuras simbólicas que median la relación sujeto y objeto, entre las cuales está el método. Este método es un movimiento dialéctico de acuerdo con el autor. Marcovic, 1972 en (Breilh, 2013), tal como se muestra a continuación:

Imagen 2.Unidad de objeto, sujeto y campo



Fuente. Tomado de Breilh 2013. p.14

Breilh continúa indicando que la epidemiología es hegemónica y distorsionante por tomar partes de la realidad desde la sensopercepción, que observa y mide efectos de los fenómenos pero que no se interna en la determinación de los procesos, pues para esto se requeriría un paradigma integrador e integral, que requiere un marco interpretativo (ideas que son expresión del mundo) (Breilh, 2013).

Se debe entender, que cuando Breilh describe la categoría de Determinación Social de la Salud, establece, frecuentemente, una comparación entre la epidemiología clásica (unicausal o multicausal) y la epidemiología crítica, resaltando los atributos y las ventajas de comprensión del mundo desde la segunda.

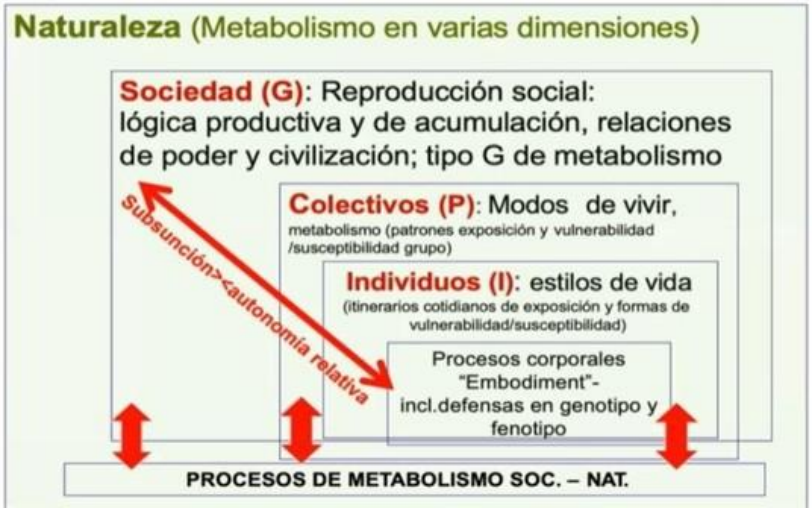
Para Breilh, la DS tiene cuatro (4) dimensiones a saber: el orden (lo que mueve al objeto-el orden social (relaciones de jerarquía), el carácter del movimiento: Visión de cómo se da ese movimiento (origen y reproducción), temporalidad: del objeto (elementos e historicidad) y finalmente, el espacio social de la determinación y la espacialidad del objeto. Así, el espacio social de la determinación es parte de la determinación social.

Desde la teoría de la Determinación Social de la Salud propuesta por Breilh, me interesa presentar tres aspectos centrales:

1. El reconocimiento de las poblaciones en un proceso de subsunción con una autonomía relativa, que presenta unos modos de vida para este caso las juventudes de Cali.
2. La comprensión de la Salud como concepto *Polisémico*.
3. Las Políticas Públicas y su rol dentro del sistema Social

Breilh propone el siguiente modelo para comprender la determinación Social de la Salud:

Imagen 3.Modelo Multidimensional de Determinación Social de la Salud: subsunción y autonomía relativa (Breilh, 1977,2003, 2015, 221)



Fuente: Tomado y adaptado de: Breilh, 2022, Clase sesión19 de mayo 2022

Es necesario reconocer que cada persona pertenece a un grupo social y todos los individuos de ese grupo comparten aspectos del modo de vivir, estos se deben entender como patrones típicos de trabajar y vivir (Breilh, 2022). Para la Determinación Social de la Salud, el término "embodiment"[3], (encarnación) esa expresión de la exposición y vulnerabilidad social de los individuos, y que se considera útil para entender los problemas de salud de los grupos de interés (Breilh, 2022).

[3] Breilh tomó este término de la propuesta de Nancy Krieger Epidemióloga Estadounidense, en Epidemiology and the people´s health: theory and context 2012.

El análisis de las políticas públicas: evolución y enfoques

El análisis de las políticas públicas representa un campo de estudio que Harold Laswell las denominó: “las ciencias de la política de la democracia” Laswell 1951 en (Roth Deubel, 2020), éstas se dieron a conocer en Estados Unidos a principios del siglo XX y significan: “sobre todo una ciencia de la acción: Policy Science”. Dyson 2010 en (Lascoumes et al., 2014), y “este tipo de campo sigue siendo propio de las sociedades nacionales e industriales que continuaron la trayectoria de la modernidad occidental y fueron conducidas de una forma de política particular por el Estado, Dyson 2010 en (Lascoumes et al., 2014)”.

Ya en el año 1956 el mismo Laswell sugeriría un modelo secuencial para comprender la política pública que se denominó también: el modelo clásico o el enfoque de los libros de texto, este modelo se desarrolló posteriormente en los setenta 70´por Jones. (Roth Deubel, 2020).Sobre Laswell, Turnbull indicó que él: “«trató de formalizar la relación entre las ciencias sociales y la formulación de políticas, e hizo de la solución de problemas la característica definitoria del análisis de políticas” Tumbull 2008 p.73 en (Carrillo Víctor & Medina Verónica, 2020).

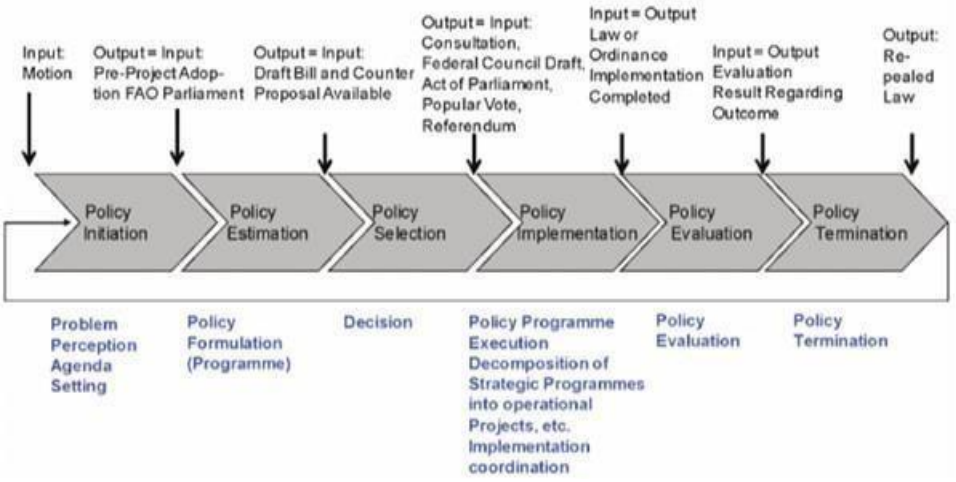
Laswell propuso que la Política pública se podía comprender desde siete etapas: “Inteligencia, promoción, prescripción, invocación, aplicación, finalización y evaluación (Werner J & Wegrich K, 2007) “Su modelo fue predominante y sin duda generó un impacto tanto teórico como práctico en el análisis de políticas públicas, por lo que sugieren “destacar su intención de conformar un programa de investigación dirigido a resolver problemas públicos desde la perspectiva epistemológica pragmática (Carrillo Víctor & Medina Verónica, 2020). Se atribuye a este autor la bifurcación de este campo en dos subespecialidades el primero la formulación (making process) y el análisis de política pública (policy analysis) (Carrillo y Medina, 2020, p.35), siendo estos de interés para esta investigación considerando que la salud de las juventudes representa un problema público y que para la administración estatal Colombiana, este, no ha escapado a las lógicas de abordaje del campo de la política pública.

Posteriormente, se identifica el aporte de autores como Jones, Heritier 1993 o más

contemporáneos como Howard 2005 (Werner J & Wegrich K, 2007), que fortalecieron las propuestas iniciales de Laswell entre 1977 y 1994 y que fue implementado por varios investigadores, no obstante, fueron pocos los investigadores que procuraron extender las ideas del autor para aplicar teorías y métodos en nuevas áreas de investigación (Carrillo Victor & Medina Verónica, 2020).

A continuación, se muestra un Modelo extendido con los autores mencionados:

Imagen 4.Imagen Policy Cycle Laswell



Fuente: Political processes based on the policy cycle Laswell 196-1971 (en Walser K & Riedl R 2011)

El análisis de política pública dependiendo de la perspectiva puede comportarse como emancipador o como dominante, así, vista desde la perspectiva democrática radical reintroduce la política pública y la exigencia democrática en el centro de los procesos políticos y administrativos, mientras abre una puerta hacia una refundación democrática e institucional más emancipadora o libertaria. Sin embargo, en una perspectiva opuesta, ésta puede legitimar el orden dominante (Roth Deubel, 2020).

Una de las propuestas para la comprensión del análisis de política pública fue la presentada en los años 80´s por Lascoumes & Legales en el que se establecieron cinco variables de las cuales tres principales son: actores, instituciones y representaciones, que de acuerdo con los autores garantizan los procesos y que se expresan en: coaliciones, movilizaciones y/o conflictos para generar finalmente resultados. Es

importante considerar que en el campo de Análisis de Políticas Públicas (APP) se han establecido clasificaciones con respecto al tipo de enfoque implementado. Así, se propone a continuación un resumen de los enfoques y sus propuestas programáticas identificadas.

Los enfoques tradicionales de Análisis de Política pública (APP)

Son aquellos reconocidos por focalizarse en objetivos medibles y en los cuales el tema central de análisis es “el problema de la distribución de recursos escasos entre distintos fines” (Roth Deubel, 2020). Además, se sitúan en una tradición neopositivista de la investigación, procurando sugerir que las conclusiones obtenidas tienen una validez universal, considerándolas “lecciones aprendidas” (Roth Deubel, 2020). Dentro de este enfoque se identifica también movimientos con la necesidad de analizar las políticas públicas desde las teorías marxistas y neomarxistas (lucha de clases) y se considera como protagonista al Estado y su poder, de la misma forma relaciona el proceso científico de análisis como un proceso objetivo y por ende se califica como “verdadero” (Roth Deubel, 2020).

Los enfoques integracionistas o mixtos del APP

Este si bien tiene perspectivas neopositivistas y neoinstitucionales -similares al enfoque tradicional-, también vincula epistemologías pos-positivistas de teoría crítica (Roth Deubel, 2020). Se destacan: el marco de las coaliciones de causa de Sabatier y Jenkis, el enfoque de redes de Jobert (interacción de individuos, información y recursos), enfoque del referencial de Müller. El enfoque integracionista vincula la propuesta de elementos de tipo institucional (por ejemplo: asimetrías de poder en la acción y desarrollo de estas) y cognitivo para el campo de la APP que debaten el papel de las instituciones en la actividad política, la acción pública y el comportamiento humano (Roth Deubel, 2020).

Desde la comprensión de lo institucional se vinculan también factores cognitivos como las ideas y la cultura y su rol en los procesos políticos. En el integracionismo priman las perspectivas comparativas política social, política macroeconómica y se brinda atención a los actores (Roth Deubel, 2020). Entre los autores destacados desde este enfoque está

Elionor Ostrom con el análisis del desarrollo Institucional (IAD) centrado en la “arena de acción” una propuesta que contempla el análisis de los actores individuales y colectivos (Roth Deubel, 2020).

Por otro lado, este enfoque también incluye la propuesta de comprender las políticas públicas como el desarrollo de redes de acción. Así, se considera la red como “un término genérico para señalar una configuración para la cooperación entre actores interesados en un mismo tema” Rhodes citado en Faure y Pollet 1995 p.112 en (Roth Deubel, 2020). Los orígenes de las redes de política pública se remontan a los inicios de los noventa con aportes estadounidenses sobre la perspectiva de subsistemas, el triángulo de hierro, los subgobiernos y las redes de asunto; Entre los aportes ingleses se destacan las denominadas Comunidades Políticas propuestas por Richardson y Jordán ((Rodhen 1992 en (Zurbriggen Cristina, 2011), un formato de análisis que se ajusta a la conceptualización de la política pública del modelo secuencial y como proceso continuo.

Los cambios en política pública desde el Advocacy Coalition o marco de las coaliciones promotoras

Dentro de los enfoques mixto se reconoce el enfoque Advocacy Coalition (AC) que asume la formulación de políticas públicas en las sociedades modernas como un proceso complejo pues los participantes tienen creencias difíciles de modificar y ávidas de transformar en políticas públicas tangibles, estas creencias pueden ser de tipo normativo por lo que la interacción con el entorno es a través de filtros de percepción, los actores (participantes) se especializan para influir en su realidad (Sabatier P & Weible C, 2010). Así, los cambios de política transitan en una década, y sus autores establecen diferencias entre subsistemas de política desarrollados y aquellos que son incipientes, este modelo se aplicó en Estados Unidos, Europa, Asia, África, Australia, América del Sur y el Canadá (Sabatier P & Weible C, 2010 p. 204, 206).

En el AC se conciben dos sistemas de razonamiento normativo que giran en torno al comportamiento correcto. Así, la primera, la lógica de lo apropiado sugiere que tener un comportamiento correcto implica seguir las reglas; y para la segunda, la lógica de las consecuencias, se afirma que el comportamiento correcto maximiza las consecuencias

buenas. Además, se consideran dos caminos para el cambio de creencias y políticas, el cambio de políticas importantes y el cambio de políticas menores. Este enfoque ha tenido críticas frente al hecho que “documenta lo obvio” (Sabatier P & Weible C, 2010, p.207, 224).

Tabla 1.Principios básicos del marco de coaliciones

No	Principios básicos del marco de las coaliciones
1	El modelo del individuo ha quedado arraigado en la psicología Social pero sus atributos han sido aclarados por Edella Schlager
2	El foco de las políticas siempre ha sido el subsistema de las políticas públicas, pero ahora tenemos un método más claro para identificarlo
3	El actor político clave siempre fue la coalición promotora y el análisis de redes ha confirmado que las coaliciones se mantienen juntas principalmente a través de creencias compartidas
4	Ha continuado el interés por el papel de la ciencia en las políticas, estímulo central para el desarrollo del marco de las coaliciones promotoras en primer lugar, pero ahora tenemos más idea de cómo utilizar los foros profesionales para facilitar un aprendizaje que incluya a todas las coaliciones

Fuente. Tomado de Sabatier P & Weible, 2010, p. 206

El AC y su mirada sobre lo que se comprenden como cambios de política se ha posicionado en la investigación de política pública (Roth Deubel, 2020 p.42) junto con el enfoque de la teoría del equilibrio puntuado de Baumgartner y Jones, que propone que estos cambios son en la mayoría de tipo incremental y ocasionalmente grandes y abruptos. Además del enfoque de las corrientes múltiples de Kingdon que propone grandes cambios inesperados y la existencia de ventanas que se abren periódicamente facilitando cambios esperados (Cruz-R & Nicandro C, 2012).Es importante considerar que los marcos referidos previamente vincularon aspectos cognitivos para abordar las políticas públicas (Roth Deubel, 2020, p.44).

Los enfoques interpretativos para el análisis de política pública

Este último enfoque da un papel trascendental al rol que tienen las ideas en los procesos de transformación de las políticas públicas, pero algunos autores indicaron que este aspecto no era suficiente ya que mantenía la percepción de objetividad de los actores

tanto individuales como colectivos reproduciendo paradigmas neopositivistas y empiristas en los que la explicación se sustenta en evidencias, es decir, el mundo se justifica a través de los sentidos, incluso, aunque estos estén atravesados por aspectos cognitivos(Roth Deubel, 2020, p.45). El construccionismo junto con la teoría crítica consiste en parte de los sustentos para este enfoque que pone sobre la mesa la influencia del discurso, las narrativas, el Storytelling, las ideas o los símbolos por mencionar algunos, sobre la toma de decisiones en el comportamiento político en general, para esto se identifican autores como Roe, Yanow y Fischer (Roth Deubel, 2020, p.45).

Parte de la propuesta consiste en considerar los aspectos retóricos sobre los que se establece la argumentación persuasiva, reconociéndolos más que adornos del lenguaje (Perelma citado en Roth Deubel, 2020, p.46), ya que es por medio de estos que se expresan los valores de los individuos que participan en los procesos de transformación de la política pública.

El análisis narrativo de Emery Roe

Desde el enfoque interpretativo se pueden identificar varios autores entre ellos Yanow, Fischer y uno de los pioneros que fue Emery Roe. Roe en 1994 pretendía demostrar: “que las teorías estructuralistas y posestructuralistas de la narrativa son excepcionalmente útiles, no solo para analizar problemas políticos difíciles, sino también para extraer sus implicaciones y hacer recomendaciones de política (Roe Emery, 1994)”.

Para Roe

> Muchos temas de política pública se han vuelto inciertos, complejos y polarizados […] y lo único que queda por examinar son las diferentes historias que los políticos y sus críticos usan para articular y dar sentido a esa incertidumbre, complejidad y polarización. (Roe, 1994, p.20)

Tomando como base la propuesta de la teoría literaria, Roe afirma que esta: “puede ayudar a los analistas de políticas, entre otros, a tratar con mayor eficacia con cuestiones de política (Roe, 1994, p2)”; El autor indica también, que existen historias y que cuentan con un comienzo, un nudo y un final, además continúa, que si estas historias tienen

argumentos por ende tienen también premisas y conclusiones. El autor propone que existen tres tipos de narrativas: 1.las historias, 2.las no-historias o las contrahistorias y 3. las metanarrativas (Roe, 1994, p.20).

Para Roe las políticas públicas se deben definir de manera amplia, es decir, no solo mencionar el nivel macro que incluye la planificación y la toma de decisiones, sino que también se deben incluir: "otras intervenciones del sector público, incluidos los proyectos de campo, los programas departamentales, las estrategias sectoriales y la reforma burocrática (Roe, 1994, p.50)".

Roe afirma que asumir esta comprensión, equivale a decir que: "las narrativas de política son la armadura de la vida cotidiana en el gobierno (Roe, 1994, p.50)". Para Roe, se pueden determinar metanarrativas que son amplias o específicas, en la medida en que ayude al analista a abordar los siete elementos comunes en un análisis de política: 1.Definir el problema de política de interés; 2.Identificar los datos y la información necesaria para analizar ese problema; 3. Selección de criterios para evaluar diferentes alternativas para abordar el problema; 4. Formular las alternativas identificadas; 5. Proyectar las consecuencias asociadas a cada alternativa; 6. evaluar las compensaciones entre esas alternativas; y 7.Decidir entre las alternativas disponibles (Roe, 1994, p.172).

Tabla 2.Atributos de las narrativas y metanarrativas de política Roe 1994

Componente	Definición/ atributos
Narrativas de Política Historia	1.Se ajusta a una definición común de "Historia/relato"
	2.Tiene un principio, un nudo y un final o en caso de ser argumento tiene premisas y conclusiones.
	3.Gira en torno a una secuencia de eventos o posiciones en las que se dice que sucede algo o de las que se dice que se sigue algo.
	4. las narrativas políticas de interés para el análisis son: aquellos escenarios o argumentos que dominan el tema en cuestión, (respaldan y estabilizan los supuestos para la formulación de políticas en situaciones de dudas, alta complejidad y poco o ningún acuerdo.
	5.Describen escenarios que no dicen tanto: "lo que debería suceder sino qué sucederá" —según la narración de los actores/participantes— si los hechos o posiciones se llevan a cabo tal como se describen
	6. Son tratadas por muchos de sus narradores como si continuaran conservando algún poder explicativo o descriptivo, incluso después de que se entiende que varios de los puntos o suposiciones en los que se basan están en duda y sujetos a serias calificaciones.

Componente	Definición/ atributos
	7. tiene un papel clave en el establecimiento y la fijación de los supuestos para la toma de decisiones en condiciones de alta ambigüedad.
Contra-narrativa de Política No-historia Contra-historia	son aquellas narrativas políticas en controversia, que abarcan, aunque sea temporalmente, las principales oposiciones en una controversia, sin menospreciar en el proceso ninguna de esas oposiciones. En términos de *Política* "no es un consenso o acuerdo". sino más bien una "agenda diferente" que nos permite avanzar en temas *que estaban muertos en el agua*[4] en sus agendas más antiguas.
	resultan de la comparación de historias y relatos que con frecuencia dominan las controversias políticas
	Es reconocida por el público, pero sus implicaciones no son plenamente Apreciadas
	el precepto rector es el de la semiótica y la psicología de la Gestalt, a saber, una cosa se define por lo que no es.
Metanarrativa	Relato resultado de la comparación de los dos tipos de relato (narrativa y contranarrativa). Explica cómo dos narrativas de política, pueden darse al mismo tiempo.
	Puede ser específica o amplia
	Su función es ser una narrativa de política al establecer y estabilizar los supuestos para la toma de decisiones frente a la incertidumbre, complejidad y polarización.
	Encuentra un conjunto de suposiciones comunes que hacen posible que los oponentes actúen sobre un tema sobre el cual aún no están de acuerdo

Fuente. Traducción y adaptación de Roe 1994, Análisis Narrativo de Emery Roe, p.52-53 E-book

Emery Roe indicó que el Análisis Narrativo de Política -*narrative policy análisis*- se desarrolla en cuatro (4) pasos que se presentan a continuación:

1. Identificar los relatos de política en un tema de alta incertidumbre tomando como referencia los atributos referidos para narrativas en la tabla 2 (Roe, 1994, p.171).

2. Identificar otros relatos del tema que no se ajustan a la definición de narrativas de política (tabla 2) o que van en contra de las narrativas de política dominantes, que generan controversia, que también se denominan como no-historias/no-relato o las contra- historias/contrarrelatos. (Roe, 1994, p.171).

3. Comparar los dos conjuntos de relatos para generar una metanarrativa "contada", por medio de una comparación. (Roe, 1994, p.171).

4. Determinar si la metanarrativa reformula el problema y cómo puede hacer más manejable desde otras herramientas convencionales de análisis de política. (Roe, 1994, p.171).

[4] La frase "be dead in wáter" debe ser entendida como una expresión del inglés que significa que "ha fracasado y parece imposible que tenga éxito en el futuro" de acuerdo con el diccionario de Cambridge online

La relevancia de la metanarrativa para la política puede ser específica o amplia, dependiendo del grado en que el análisis narrativo ayude al analista a abordar los siete elementos comunes en un análisis de política convencional (Roe, 1994, p.171).

Roe amplía sus ideas en 2011 agregando un cuarto elemento requerido en el análisis narrativo; Roe, retoma tres elementos propuestos en 1994: incertidumbre, complejidad y poco acuerdo (conflicto) y añade el cuarto "incompleto", indicando que estos elementos están presentes en forma simultánea en la temática de interés (Roe, 2011, p.1289) y que se muestran a continuación:

- Los temas/asuntos son inciertos: cuando los procesos causales no están claros o no se comprenden fácilmente.
- Los temas/asuntos son complejos cuando: son numerosos, variados e interdependientes.
- Los temas/asuntos son incompletos cuando: los esfuerzos para abordarlos se interrumpen y quedan inconclusos.
- Los temas/asuntos están en conflicto cuando: diferentes personas están en capacidad de tomar "diferentes posiciones sobre ellos precisamente debido a la incertidumbre, la complejidad y los asuntos pendientes (Roe, 2011, p.1290)".

Por lo anterior, el autor indica que las narrativas de política permiten respaldar y estabilizar el proceso de toma de decisiones frente a cualquier contingencia (Roe, 2011, p.1290).

El análisis narrativo de política "ofrece un marco *teórico-metodológico* de aplicación de la teoría literaria contemporánea al APP (Arrubla S, Ballesteros C y Martínez en Roth 2020, P.308); Los autores plantean que el objetivo de este enfoque es:

> […]permitir que el analista comprenda la forma en que el poder y la política se configuran y se articulan en temas controversiales, para que posteriormente este construya una metanarrativa que le posibilite una mirada más amplia de la situación en discusión a aquel que toma la decisión. ((Arrubla S, Ballesteros C y Martínez en Roth 2020, p.308)

Otros autores como Browne et al. (2019) también han aportado en la caracterización de los enfoques disponibles para analizar las políticas públicas (Browne et al., 2019), en esta propuesta los autores reconocen tres ramas disponibles para el análisis de las políticas públicas a saber: Tradicional, Convencional e Interpretativo. Estos, de acuerdo con los autores, se diferencian entre ellos por: el foco analítico de interés, el tipo de preguntas de investigación, los marcos teóricos que los sustentan, las fuentes de datos y los métodos de investigación que aplican (Browne et al, 2019, p.3). Sin embargo, los mismos autores declaran que la lista propuesta es "incompleta" y reconocen "que hay una variedad de enfoques" disponibles para el análisis de las políticas públicas (Browne et al, 2019, p.8).

Finalmente, estos autores indican que aplicar los análisis convencionales y/o interpretativos: "permite a los investigadores y profesionales la oportunidad de descubrir cómo y por qué se produce el cambio de política"; además, sensibiliza al investigador "sobre el hecho de que los problemas en política pueden ser entendidos de manera diferente por diferentes grupos" y esto influye en la mirada del problema por estos grupos (Browne et al, 2019, p.11), teniendo implicaciones en el desenlace (éxito o fracaso) de la política misma.

Tabla 3.Principales orientaciones para el análisis de políticas públicas propuestas por Browne et al, 2019

Orientación	Foco analítico	Tipo de preguntas de Investigación	Marcos teóricos	Fuente de los datos y métodos	Fuentes Principales
Tradicional	Hechos (Facts)	Preguntas de resultado ¿Cómo se puede resolver este problema de política?; ¿cuál es la solución óptima?	Marcos económicos; Modelos científicos básicos; conductual psicología	Modelado cuantitativo; análisis económicos; análisis costo-beneficio; empujar la política (nudge); Modelo cíclico de las políticas	Revisiones Cochrane (Cochrane Library 1999–2017); Reportes de La Organización para la Cooperación y el Dllo Económico (OCDE) ACE prevención (Vos et al., 2010)
Convencional	Valores Actores Racionalidad Política	Preguntas de interacción ¿Qué valores están en juego? ¿Qué voces son escuchadas? ¿cómo se generó la prioridad política?	ciclo de política; triángulo de política; equilibrio puntuado; teoría de la corriente múltiple; marco de las coaliciones	Entrevistas; análisis documental; encuestas	Collins (2005), Hill (2009), Sabatier and Jenkins-Smith (1999), Walt and Gilson (1994)

Orientación	Foco analítico	Tipo de preguntas de Investigación	Marcos teóricos	Fuente de los datos y métodos	Fuentes Principales
Interpretativo	Significados	Preguntas de representación ¿Cómo se definió o construyó el problema de política? ¿qué supuestos sustentan la delimitación del problema?	¿Cómo se representa el problema? interpretación del problema social (enmarcado); gubernamental	entrevistas; análisis documental; métodos etnográficos; métodos históricos; análisis narrativo; análisis del discurso.	Bacchi (2009), Yanow (2000), Fischer (2003), Martson and Mcdonald (2006), Hajer and Laws (2006)

Fuente: Tomado y traducido de J. Browne et al., 2019, p.3

Si bien, los autores referidos en la tabla 3, presentan dentro de las orientaciones de análisis, el AIPP, declaran las fuentes de datos y refieren como uno de los métodos el análisis narrativo, es de interés reconocer que omitieron referenciar a Emery Roe. No hay excusa para lo anterior, si se sabe que a la fecha de publicación del texto de Brownie et al, el trabajo de Emery Roe ya había sido publicado (1994), y se le reconoció como uno de los exponentes principales del Análisis Narrativo de Política (Arrubla S, Ballesteros C y Martínez en Roth 2020, p.308).

No obstante, la tabla se presenta porque en general hace una buena referencia sobre las orientaciones y los atributos de interés y metodológicos, así como las técnicas disponibles en cada una, que para lectores que no estén familiarizados con el área de las políticas públicas puede ser una buena aproximación, con la claridad que se describe.

Agenda: formación, tipos e implicaciones para las políticas públicas de salud para juventudes

Dentro de los estudios de las políticas públicas existe una línea de análisis que busca reconocer aspectos centrales en la Configuración de la Agenda. Para los autores que investigan la agenda, la forma en la que sucede este proceso, las palabras y los conceptos aplicados para determinar y seleccionar un problema determina también la realidad y la propuesta transformadora desde una plataforma de política pública. En términos de Parson, “la definición del problema es parte del problema” (Parsons & Acevedo, 2007).

En la configuración de la agenda se surte un “análisis del proceso a través del cual ciertos problemas o cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno como posibles asuntos de política pública (Wildavsky, 1979 en Charles D Elder y Roger W Cobb en Aguilar 1993, p. 77). Este análisis tiene relevancia y se sustenta en dos supuestos: 1. “la capacidad de atención del gobierno es necesariamente limitada” por lo cual los gobiernos tienen diversos asuntos y un tiempo concreto para considerarlos”; y 2. Los problemas de política pública no son datos a priori, sino resultados de definiciones (Wildavsky, 1979 en Charles D Elder y Roger W Cobb en (Aguilar Luis, 1993). Así, el análisis de la agenda se centra en conocer el problema de interés público.

Lo anterior de acuerdo con los autores se sustenta en que: “pocas veces los hechos son claros y aunque lo fueran siempre están sujetos a diferentes interpretaciones, necesariamente los problemas son elaboraciones de los hombres siempre existen concepciones múltiples no hay problemas definidos de manera única” (Wildavsky, 1979 en Charles D Elder y Roger W Cobb en Aguilar 1993, p. 77).Así, además de los hechos estos problemas públicos se determinan por creencias y valores de quienes los declaran por lo cual se reconocen por Elder y Cobb como “construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad” , en este sentido hay dos atributos en juego: el primero, la definición de lo que se entenderá por ese problema y de los problemas disponibles aquel que se priorice, “por lo tanto las decisiones que se adopten durante el proceso de formación de la agenda tienen consecuencias muy profundas en el sentido de que pueden afectar la vida de las personas e influir en su interpretación de la realidad social” (Wildavsky, 1979 en Charles D Elder y Roger W Cobb en Aguilar,1993, p. 78).

Por lo anterior, se debe considerar los proceso de toma de decisiones dada la tensión entre demandas contradictorias que convergen en un espacio de incertidumbre en el que dependiendo del actor, sus intereses y el poder que ostenta delimita o posiciona uno u otro problema. Así, dependiendo de su naturaleza, este proceso puede ser de esfuerzo colectivo, polietápico y dependiendo de la convocatoria, en estos procesos se puede privilegiar la voz de ciertos actores o agentes -en escenarios democráticos por excelencia-, pero que en alguna medida “suelen inclinarse en favor de algunos grupos y cuestiones” excluyendo otras.

Cobb y Elder denominaron *Agenda sistémica* al resultado de un proceso que refleja y prioriza situaciones que corresponden a preocupaciones de la comunidad general. Sin embargo, los autores reconocen que no todos los agentes o actores implicados en los procesos de agenda son representados. Aguilar citando a Gusfield indicó: “la arena pública no es un campo de juego en el que juegan todos bajo las mismas reglas; algunos tienen mayor acceso que otros y también detentan un poder mayor para dar forma a la definición de los problemas públicos” (Guisfield, 1981 en (Aguilar Luis, 1993).

Los análisis de agenda parten de aquello a lo que se denomina un *problema público*, lo que implica que las políticas públicas se diversifican en la medida en que exista diversidad de actores que las definan. En concordancia con Parson W, esto se ha definido desde diferentes enfoques, a saber:

1. El enfoque de problema Social: centrado en Ideas reformistas de investigadores sociales del Siglo XIX y sustentando en las teorías de la construcción social del problema. Estos problemas tienden a existir en un sentido político dependiendo del nivel de amenaza que representa para ciertos grupos. Desde aquí se crítica a los marcos funcionalistas que centran a los problemas públicos y por ende a las políticas públicas desde su visión institucional y empírica.

2. El enfoque de los medios de comunicación masiva y opinión pública centrado en la capacidad de influencia. Estos medios pueden definir la agenda por la interacción con los stakeholders. Parson citando a Henshel indica que el rol de este estamento está en la capacidad de sensibilizar, etiquetar o amplificar el significado, relevancia o intensidad de una situación y los vínculos sobre los procesos de la agenda.

3. El enfoque del Entorno institucional centrado en la interacción entre partidos políticos, actores sociales y stakeholders sobre lo que se define en la arena política como problema público así como aquello que se omite.

Entonces, dichos enfoques ofrecen formas de comprender la realidad, los grupos sociales y por ende las tensiones o situaciones que definan como problemas y sobre todo como situaciones de atención del Estado.

Considerando lo anterior, esta investigación propone que los agentes juveniles no han tenido ni poder, ni representación suficiente en la arena pública en la que se han determinado las situaciones o sus problemas de salud y por ende se han priorizado aspectos problemáticos para quienes atienden el sector salud, la definición de los problemas en salud ha sucedido en espacios cerrados y caracterizados por la aplicación de un poder basado en un conocimiento especializado[5] insertó en una jerarquización de ese conocimiento y por ende con sesgo técnico. Lo anterior, supone que la agenda en salud para juventudes ha sido determinada principalmente por actores del sector sanitario con un poder atribuido a un conocimiento tecnócrata y que considera al titular de derechos desde una mirada de riesgo y sin capacidad de agencia, por lo que ha omitido históricamente su participación en los procesos de configuración de política de salud.

La clasificación de agendas no es una sola. Por ejemplo, para Cobb y Elder existen dos tipos de la agenda, la agenda sistémica que incluye “todos los temas percibidos por los miembros de una comunidad política como asuntos que merecen atención pública y son parte de las funciones del gobierno” y la agenda Institucional que corresponde a “la serie de puntos explícitamente señalados para recibir la consideración activa de tomadores de decisiones” (Cobb y Elder, 1972 en (Parsons & Acevedo, 2007).

Estas agendas de acuerdo con Parson 2007 se analizan desde cinco aspectos a saber:

- ✓ Grado de especificidad, si es ambiguo llega a un público más extenso-.
- ✓ Alcance de la importancia social, según su definición tendrá importancia social y un público más amplio.
- ✓ Relevancia temporal, si su relevancia se ubica en el largo plazo es más probable que tenga un público más numeroso,
- ✓ Grado de complejidad, si es menos técnico llegará a un público más extenso, y
- ✓ Precedencia categórica, si no tienen antecedentes claros es más probable que llegue a una población más numerosa.

[5] Parson citando a Freidson sobre la profesionalidad refirió que: “el principal criterio de profesionalidad es la capacidad o el poder de un grupo de definir y controlar su trabajo en cuyo caso el poder profesional radica en la capacidad esencialmente política de poner en práctica el conocimiento (Parson, 2007, p.185)

La agenda contiene una dimensión política que influye en la expansión o bloqueo de un tema y que tiene cinco factores: 1. Precedente histórico, hay símbolos antiguos que generan reacciones a favor o en contra; 2. Eficiencia y credibilidad, estos símbolos disponibles pueden ser usados adecuada o inadecuadamente, lo que determina la expansión o bloqueo de la agenda; 3. Saturación simbólica, abuso del símbolo afecta su impacto; 4. Refuerzo Simbólico. Se refuerzan estos símbolos en función de otros símbolos; y 5. Urgencia o significado desconcertante del símbolo, si estos implican acciones su efecto es más expansivo en la agenda.

Configuración de Política pública categoría para el análisis de política a tres niveles de gobierno

Para esta investigación es necesario reconocer lo declarado por los investigadores del área de las políticas públicas con respecto a la utilidad y las debilidades del uso de ciclo de política o modelo secuencial a saber:

> "Esta perspectiva secuencial constituye una excelente puerta de entrada para el estudio de las políticas públicas debido a sus cualidades didácticas, heurísticas y quizá estéticas, así como su flexibilidad y adaptabilidad. La cual ha permitido un desarrollo espectacular del interés por el análisis de las políticas públicas. Sin embargo, desde hace unos años se considera que su capacidad para realizar nuevos aportes explicativos se ha agotado. Debido a sus límites conceptuales y las importantes críticas que sufrió. En particular, el hecho de que el enfoque se basa en una concepción idealizada y racional con un sesgo "top-down" y legal (Cf. Sabatier y Jenkins-Smith, 1993). Así, muchos analistas consideran que el marco secuencial ha cumplido su ciclo de vida y que debería ser remplazado por "mejores teorías" (Sabatier, 1999, p. 7)(Roth Deubel, 2008).

> El enfoque del libro de texto o Modelo Secuencial no es un paradigma nos da una impresión de mundo coherente en cuanto a la investigación, la educación, y la actividad de las políticas públicas, organizado a través de la común aceptación de un proceso. Esta impresión es incorrecta. (Nakamura, 1987:144 en (Estévez & Esper, 2009).

Los cuestionamientos más importantes son dos: la primera es que este modelo presenta el proceso de una política como una sucesión de fases con un orden lógico y sucesivo. La idea de que el proceso de una política está dividido en fases "exagera la naturaleza racional" de ese proceso y presenta una "imagen falsa de un proceso que no es una especie de banda transportadora en la cual la agenda se define en un extremo y la implementación y la evaluación tienen lugar en el extremo opuesto" (2007: 112). Por el contrario, en la realidad, las etapas del proceso de las políticas pueden superponerse, anularse, demorarse o repetirse (Parsons & Acevedo 2007, p.112).

Así, por ejemplo, un problema puede resignificarse y tener presencia nuevamente en la agenda de gobierno, luego de que ya se hayan formulado políticas sobre ese problema. El segundo cuestionamiento a este enfoque secuencial remite a que, al analizar las etapas en forma aislada, se pierde la observación del proceso en su conjunto (Roth Deubel, 2008). Una política no puede comprenderse solo por sus etapas, sino que debe entenderse como proceso general, que existe en un contexto y que, por lo tanto, es determinado por múltiples variables (Álvarez H & Bonnet, 2022).

En esta investigación se analizan las políticas de salud para juventudes en tres niveles de gobierno: nacional, departamental y distrital. Se propone la característica de multinivel, que puede tener un detonante de escalonamiento para que se suceda (Ley, decreto o norma), pero que tiene una autonomía relativa, en la que cualquier nivel puede ser el punto de partida de las acciones para abordar el problema público en salud dependiendo del tipo de movilización de la agenda pública, brindando un atributo de adaptabilidad contextual a ese problema público, que supone un rol de los actores sociales y gubernamentales que no es ingenuo, pues reconoce la presencia dominante de modelos top-down, pero visibiliza la oportunidad de los modelos *botom-up*, en la definición y abordaje de los problemas públicos en la agenda de salud para juventudes.

Así, esta investigación propone la Configuración de Políticas Públicas como:

> Las políticas públicas de salud se desarrollan en un ambiente multinivel que puede activarse por dos vías: la primera, por un escalonamiento producido por la interacción política de esos niveles; y la segunda, por la presión o fuerza que

ejerce un nivel sobre los otros, en una temática concreta con respecto a la agenda en salud, la misma está determinada por los modelos de definición de agenda y el nivel de poder que los diferentes actores disputan. Se aclara que la característica de multinivel no siempre hace alusión a un proceso articulado y jerárquico, pues como la salud responde a una esfera de lo social y contextual se debe considerar un atributo de autonomía relativa[6] (que cada nivel tiene cierto grado de margen de decisión) y de adaptabilidad contextual (que los procesos están condicionados por las características de los territorios, los recursos disponibles, la agenda priorizada y los actores vinculados (Aguirre, Otálvaro, Gómez, 2025).

Un concepto de Salud desde la institucionalidad Instaurada

La OMS declaró que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948)”. Esta definición se presentó hace ya más de 70 años y ha sido continuamente criticada por asumir la salud como “estado”, asociado a “completo bienestar”, ya que “la satisfacción absoluta no existe y de existir sería terrible” (Stolkiner Alicia, 2003). Otros autores, han explicado la permanencia del concepto de Salud de la OMS al contrastarlo con el concepto de enfermedad, evocando la propuesta del creacionismo que sitúa al humano hecho a la imagen y semejanza de Dios y que como individuo se desenvuelve en un mundo perfecto -considerado, por ende- libre de enfermedad (Vasco A, 1987). Por lo anterior, se considera la salud como un estado ideal y se pierde la comprensión de esta como un proceso cambiante entre vivir y enfermar (Vasco A. 1987 p,15).

Otro aspecto de crítica a la propuesta de la OMS se relaciona con la carencia de objetividad de esta, ya que al “bienestar” se le atribuyen características de subjetividad, estar en constante cambio y movimiento, pero que, aunque quisiera cargarse de objetividad resulta que lo subjetivo es inseparable del concepto de salud (Caponic S, 1997). La salud también se ha categorizado como un objeto transformado por la existencia humana en niveles como el social, el histórico, el cultural y como antagónica

[6] Este término se propone desde lo conceptualizado por Jaime Breilh frente a la Teoría de la Determinación Social de la salud.

a la enfermedad (Casallas, 2017). La definición de salud desde el modelo dominante positivista, biologicista y medicalizado es incapaz de solventar epistemológicamente, metodológicamente, ni desde la práctica la categoría de salud, como tampoco reconoce los aspectos socioeconómicos y culturales que la determinan (Casallas, 2017, p.3).

Si bien se reconocen otras apuestas conceptuales de salud, en concordancia con el marco teórico de la Determinación Social de la Salud, esta investigación se adscribe al concepto de salud propuesto por Breilh 2013, la salud como noción polisémica: campo, praxis y objeto que se presentó en el apartado de marco teórico.

Las juventudes: tendencias epistémicas para su comprensión

En este apartado, se retomarán aspectos disponibles en la bibliografía consultada para establecer una narrativa relacionada con la clasificación de los individuos de ciertas características dentro de la categoría de las hoy conocidas juventudes, es decir los jóvenes como grupo poblacional de la sociedad, pero también como categoría analítica. Para esto se destaca la producción de autores como: Bordeau 1984, Brtio L, 1996; Chaves M. 2009; Margulis 2001; Villa S 2011 y Gómez C. 2018.

Se afirma que históricamente persiste una narrativa estigmatizante sobre la juventud como categoría social y en diferentes áreas del conocimiento. Por ejemplo, en la obra de Bordeu se planteó la siguiente preguntas: ¿cómo la sociología manejaría el problema de los jóvenes?; en este texto el autor describe lo manipulable que pueden ser los integrantes de las juventudes, dada por situaciones de oportunismo de los adultos nobles de la edad media, quienes interesados en manejar el patrimonio de los jóvenes les atribuían una "*irresponsabilidad temporal*", lo que representaba un limitante para obtener la sucesión[7], dejando a los jóvenes "en una tierra de nadie (Bourdieu, 1990)".

Si bien, no se puede declarar el momento exacto de la historia en la que se consolidó la categoría de juventudes, se reconoce que la "temática juvenil" como un objeto de investigación en el mundo, emerge en un escenario subsiguiente a la segunda guerra Mundial (Chaves, 2009). La posguerra representó grandes retos para una generación

[7] Es importante considerar que esta situación se daba en caso de que los jóvenes tuvieran herencias familiares que administrar.

que creció enfrentando situaciones colaterales como la pérdida de los padres, las tensiones generadas por la situación de guerra y los aspectos violentos de la vida social y la familiar. Dichos eventos son referenciados como “precursores de la violencia en la cultura juvenil (Chaves M, 2009).” Lo anterior, pudo influir sobre la valoración que tuvieron los jóvenes dentro de la sociedad, que se relacionaba también con la posición social que estos ostentaban (Gómez C, 2018).

Lo anterior implicó La diferenciación entre un joven obrero y un joven Burgués basada en el acceso a la educación, el disfrute y la exploración de la transición -niño-adulto- que se propiciaba en los escenarios académicos (Bourdieu, 1990)”. Las diferencias de oportunidades llevaban a que aquellos jóvenes con inequidades económicas tuvieran como única oportunidad vincularse al mundo laboral -por precario que fuera- para generar ingresos económicos que pudieran satisfacer las necesidades propias de una generación aún joven que desea ingresar al mundo adulto, en palabras del autor una forma de concretar “el ser reconocido como hombre (Bourdeu,1990, p. 171)”.

Las narrativas reportadas para los jóvenes estuvieron dirigida mayoritariamente al sexo masculino y se entiende por el contexto de la época. Así, se describen las necesidades de los jóvenes (hombres) quienes exploraban el mundo y que pretendían un lugar en la sociedad, sin embargo, no se encuentra fácilmente narrativas de lo que experimentaban las mujeres jóvenes. Con lo que inicialmente el joven tuvo relación con lo biológico (la edad biológica) pero también con el sexo, ser joven se relacionó preliminarmente con el ser hombre.

Brito, planteó la duda epistemológica de la existencia de un referente teórico para comprender y estudiar la juventud, pues la inexistencia de este para el análisis y la interpretación de la juventud supone que las investigaciones “trabajan con el objeto real: los jóvenes”, evitando la discusión teórica y huyendo de la conceptualización con demasiadas concesiones al empirismo; Brito afirmó, que era necesaria una “ruptura epistemológica con esa realidad a través de la construcción de un referente teórico (Brito, 1998)”. El autor también afirmó, que la edad (criterio demográfico) ha sido una de las causas de confusión en la comprensión de la categoría juventud (rangos de edad); para el autor, más allá de la duración en años era necesario considerar variables como: “la

clase social, el género, la región y desde luego, el momento histórico (Brito 1998, p.5)". En esta apuesta, Brito expone una visión de las diferencias entre lo rural y lo urbana, declaró también la necesidad de tener perspectiva de clase, género y por ende, reconocer el tipo de sociedad en la que están inmersa esa juventud, entre "sociedades modernas" versus "sociedades tradicionales", por lo cual, insistió en que no era posible establecer un criterio de edad universal al conjunto de la juventud, por tratarse de un fenómeno sociológico (Brito 1998, p.6). Desde esta mirada, la imagen de juventud "se restringía a los estudiantes, a las zonas urbanas, a la clase media y a los varones" (Brito, 1998). Esta misma juventud había pasado de ser "la esperanza del futuro" a ser "objeto peligroso". Por ende, el autor plantea que es desde la praxis y la conducta diferenciadora de esa juventud en contraste con la ciudad en la que se desarrolla, lo que la define y no una edad específica (Brito, 1998).

El colectivo juventudes y sus retos en significado y representación

Desde el modelo biomédico la categoría juventudes se ha comprendido como un grupo de individuos que están entre alguno de estos dos rangos de edad: 14 a los 28 años o entre los 15 y 24 años, existiendo una diferencia en la clasificación internacional con la política pública nacional. Por lo anterior, la mayoría de los reportes epidemiológicos o los documentos de Análisis de Situación en Salud (ASIS), desagregaron las cifras de eventos en salud (tasas de mortalidad y demás) por categorías fusionadas de adolescentes, jóvenes, adultos jóvenes e incluso en algunas con infancia o población pediátrica (Ministerio de Salud y protección social, 2023). Se identifican datos y problemáticas de salud de jóvenes fusionado con los de otros cursos de vida, dificultando la visibilización y seguimiento de los problemas de salud propios de las juventudes.

Es importante reconocer que se ha definido el concepto de juventud en singular como: "el sistema de significaciones con el que en cada marco institucional se definen las identidades" (Margulis 2001 p.42 en (Villa-Sepúlveda, 2011). Sin embargo, el mismo Margulis propuso la pluralidad del término juventud, que se acerca a lo planteado por Brito, en lo referente a superar la edad como criterio demográfico único. Así, se invita a referirse a las *juventudes* por su diversidad y pluralidad, con un significado de colectividad quienes habita en una realidad social y política -ya sea que viva en la

ruralidad o en la urbe- y que pertenece a una clase social (algunas veces expresadas en modelos de estratificación socioeconómica), que si bien se diferencia entre sí por estas situaciones, también se intervincula por el hecho de pertenecer a *una misma generación,* que en la praxis se distancia de la generación inmediatamente pasada (Brito, 1998, p.10).

Autores como Villa lo planteó así:

> el concepto juventud no está adscrito a un criterio demarcado por la edad o el tiempo vivido por una individualidad, dado que la edad, como criterio de orden biológico que corresponde a los ciclos de la naturaleza para definir la juventud, es desbordada y afectada por la complejidad de significaciones sociales que implica el significante social juventud que, como se ha escrito, hace referencia a una condición social. (Villa-Sepúlveda, 2011, p.149)

Para Margulis, ser joven no era algo inscrito en la naturaleza ni tampoco algo natural, lo que la hacía independiente de la naturaleza y por ende independiente de lo biológico para entenderse como "una condición social" (Margulis 2001 citado en Villa-Sepúlveda 2011, 149). Otros autores reconocen una tensión intergeneracional, indicando que las juventudes han sido altamente estigmatizadas y estereotipadas (Romero et al., 2015), por lo que resulta imprescindible transformar la imagen de desconfianza que históricamente se ha tenido sobre los jóvenes (Di Napoli, 2019). En Colombia, se reconoció que ha existido una violencia simbólica hacia las juventudes, y que esta presenta: "profundas raíces históricas y altísimos niveles de naturalización" (Aguilar-Forero & Muñoz, 2015). Las juventudes, se han comprendido pues como un colectivo carente de experiencia y por ende se ha limitado históricamente su participación en procesos de deliberación política.

Por otro lado, la comprensión de la categoría juventudes en organizaciones internacionales como la Organización Naciones Unidas (ONU), se significó desde lo singular con la palabra *juventud*, como se identificó en actas de reuniones de la ONU desde los años ochenta (Aguirre Santafe & Otálvaro Marín, 2022). Este punto histórico es relevante, ya que por este tiempo, la agenda internacional lideraba temáticas de derechos humanos, gobernanza y seguridad humana con el interés de intervenir en

asuntos internos de los países por parte de comunidad internacional (Rojas, 2012). Esto representó un precedente para la interpretación de lo juvenil en el nivel nacional, efecto de la influencia que las agendas internacionales establecen en el país.

Así, resoluciones analizadas entre 1965 y el año 2000, indican que las juventudes se comprendieron como una población deficiente en: derechos fundamentales, participación y construcción de sociedad, determinando su agenda de salud en aspectos como: el consumo de sustancias, la delincuencia, las actividades recreativas y el fortalecimiento de la toma de decisiones, por lo cual, la ONU instó la conformación de organizaciones juveniles en todo el mundo. No obstante, más allá de tener un lugar *físico* en las sesiones, no fue claro el papel de las juventudes para aportar a sus realidades, tampoco su participación en la toma de decisiones (Aguirre Santafe & Otálvaro Marín, 2022). Así, las juventudes se entendieron como un colectivo en constante transformación que refleja el modelo de sociedad en el que se desarrolla.

La Política pública y las brechas en la salud de las juventudes

De acuerdo con Roth Deubel, el campo de las políticas públicas desarrollado a mediados del siglo XX principalmente en Norteamérica y que se denomina en inglés *public policy*, hace referencia al "proceso de elaboración y de puesta en marcha por autoridades públicas o gubernamentales de programas de acción pública". Mientras que en castellano se utiliza el término política pública que se condensa en programas y proyectos (Roth Deubel, 2020 p. 344).

Las políticas públicas, se consideran variables dependientes en la medida en que están articuladas al contexto al que se aplican sea democrático, autoritario o dictatorial. Estos instrumentos de política pública permiten al gobernante convertir sus intenciones de gobierno en hechos gubernativos, así, no hay política pública que no pueda ser entendida sino desde los regímenes políticos en las que están insertas (Medellín en (Montenegro et al., 2015).Como se presentó previamente, la juventud se ha establecido desde una mirada biológica -como un intervalo de la vida de los individuos-, como una categoría demográfica y se ha estigmatizado como un problema desde la institucionalidad.

Las políticas públicas de salud se han configurado en un mundo de actores adultos comprendiendo al joven desde el riesgo, por lo que al Configurar Políticas Públicas sin perspectiva juvenil, se pueden omitir las problemáticas en salud como agentes.

Colombia declara que joven es “toda persona entre 14 y 28 años cumplidos” es decir, a diferencia de organismos internacionales como la ONU, se incluyen dos años más. Sin embargo, esta propuesta de intervalos de edad, no se ve reflejada en los perfiles sociodemográficos de las juventudes en Colombia del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), reportando principalmente datos para personas entre 10 a 26 años (OMS), omitiendo la directriz nacional pues incluye datos de menores de 14 años (infancia), situación que también se observa para juventudes entre 24 y 28 años quienes se incluyen con adultos hasta 64 años, sobrepasando el rango de edad preestablecido. Lo anterior, no significa una situación cualquiera, si se entiende que parte de las líneas de base que definen el debate de las problemáticas para las juventudes se alimenta de las cifras reportadas de aquellas situaciones que se consideran problemáticas para asumir una agenda para este grupo poblacional. Entonces, ¿cuáles son realmente los problemas y la agenda en salud para las juventudes?

Así, en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el país declaró los elementos que conforman la salud pública conforme el artículo 32 de la Ley 1122 de 2007 que: “está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva (MinSalud, 2013)”.

De igual forma en el campo de las políticas hay diferentes definiciones de política pública cómo objeto de estudio, así, a diferencia de otras categorías, no existe una definición única, al contrario, se reconocen diferentes propuestas que declaran atributos o características que relacionan también la perspectiva que tiene cada autor, por lo tanto, es determinante presentar estas definiciones disponibles en el anexo 01.

Así, la investigación entiende la política pública como:

> 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. (Roth Deubel, 2002, p.24 en Roth Deubel, 2020.p.19)"

Declarar una postura conceptual de política pública es relevante, pues la literatura mayoritariamente sugiere que: "el análisis de la política está lejos de ser sencillo porque hay poco acuerdo sobre qué es la política pública y cómo puede ser investigada y entendida (Browne et al, 2019, p.2)". Autores como Adriana Anacona afirman que no existe una única definición de política pública (Anacona, 2019), por lo anterior se contextualiza al lector sobre la apuesta conceptual de política pública, que para esta investigación corresponde a la propuesta por (Roth Deubel, 2020), pues vincula cuatro aspectos:

1. La política pública es compleja. Se presenta como un "conjunto de", dándole robustez al término reconociendo diversos aspectos, medios y acciones inmersas en ella. Se identifica que hay un entramado de aspectos en tensión/interacción.

2. La comprensión de aquello que se percibe como un problema y es de atención por las autoridades públicas: se presenta una expresión que permite entender que las situaciones están en función de las lógicas sociales, políticas, del contexto y de la temporalidad en la que se experimentan, en esa lógica y solo allí pueden representar o ser entendidas como situaciones a mejorar.

3. El concepto además presenta una idea sobre la posibilidad de que los problemas públicos pueden no ser abordados completamente; en vez de esto se retoma la idea de que esos objetivos colectivos "son tratados, por lo menos parcialmente", sin que esta interpretación sea la idea de Roth -un abordaje parcial-, y en cambio se puede entender como un mínimo esperado.

4. Perspectiva multiactor. Se identifican diferentes actores y los niveles de agencia a lo largo de la definición, lo que hace que no se centre en un concepto tecnocrático burocrático reconociendo que existe una presencia de individuos que pueden estar fuera de roles gubernamentales.

Para esto es importante reconocer que los actores pueden ser clasificados desde diferentes tipos de características, así por ejemplo, según la naturaleza de la representación: individuales o colectivos; conforme su naturaleza jurídica: público, privado o procomún; según sus lógicas de actuación: políticos, burocráticos, del interés general y expertos; y actores por su rol en el proceso de configuración de la Política pública : promotor, director, opositor, aliado, mediador y Gate/ keeper, que se describieron en el anexo 02 tipo de actor sustentado en Pares 2019.

Identificar quien define “aquello que es prioritario” para que ingrese a la agenda de salud para las juventudes es relevante, si se sabe que existen diversos modelos de definición de agenda. Se plantea que la definición de los problemas de salud de las juventudes pudo suceder desde alguno de los siguientes modelos:

Tabla 4.Modelos de definición de agenda pública acorde actores y Poder

No	Modelo	Actores que tienen poder
1	Modelo de mediación	Son los políticos (como mediadores entre el Estado y la sociedad) los que hacen la primera selección de los problemas que deben ingresar en la agenda pública (congresistas diputados y concejales).
2	Modelo de mediatización	Son los medios de comunicación quienes presentan la noticia en prensa radio y televisión y ejercen presión para que las autoridades actúen sobre un problema espacio mediático.
3	Modelo de movilización	La ciudadanía se moviliza para incluir un tema en la agenda pública (paros, huelgas, marchas, toma de instituciones) ante la crisis de representación y del modelo de mediación.
4	Modelo de anticipación	son las autoridades públicas (gobierno) las que deciden actuar sobre un tema que analizan como problemático detectan y diseñan estrategias de prevención o de mitigación.
5	Modelo de la agenda internacional	Son los actores internacionales como los organismos multilaterales (BM-FMI), quienes ingresan temas que vienen del ámbito internacional en la agenda de los gobiernos, ya sea por exigencias o compromisos suscritos, como la firma de tratados.

No	Modelo	Actores que tienen poder
6	Modelo de la agenda nacional	Son los departamentos y los municipios debido a la distribución de competencias quienes ingresan problemas a su agenda para desarrollar directrices del gobierno nacional.
7	Modelo de acción corporativa silenciosa	son los grupos organizados privilegiados quienes tienen acceso a la agenda gubernamental la discreción es una condición del modelo. (Ej. cuando se programa la compra de armamento).
8	Modelo de la agencia judicial	Es el poder judicial quien interviene en la definición en la eficiencia del estado y la vulneración de derechos fundamentales.
9	Modelo de la oferta pública	Es el poder legislativo quien interviene en el proceso de formación de la política pública los parlamentarios incorporan en la agenda los temas que son discutidos en la legislatura.

Fuente. (Fuenmayor, 2017)

Así, se da cierre a la perspectiva teórica que sustentó la investigación, con categorías centrales de salud polisémica, autonomía relativa y modos de vida, propios de la Teoría de la Determinación Social de la Salud de Jaime Breilh, los marcos disponibles para el análisis de las políticas públicas, centrado en el Enfoque Interpretativo, corriente de Emery Roe, modelos de definición de agenda y actores. Además, el apartado presentó elementos teóricos de la categoría de juventudes, con el aporte conceptual del comité de tesis, con respecto a la categoría C*onfiguración de políticas públicas* necesario para aplicar el análisis en tres niveles de gobierno y durante el decenio evaluado.

Capítulo 3. Abordaje metodológico en el análisis interpretativo de política pública

Esta investigación tuvo como tipo de estudio el Análisis de política pública, corriente interpretativa, enfoque de Emery Roe (Roe, 1994, 2011). Roth Deubel, refiere los diferentes enfoques del abordaje interpretativo y sus características así: 1) procesos de toma de decisiones; 2) comportamiento político mediado por valores; y 3) estrategias discursivas y representaciones, entre ellas creencias, símbolos y metáforas (Roth Deubel, 2020, p.46).

Desde el enfoque de Emery Roe, se reconoce que hay unas narrativas de política y que éstas “estabilizan la toma de decisiones en temas de alta complejidad, incertidumbre, incompletitud y conflicto (Roe, 2011, p.1289)”; además, Roe afirma desde su experiencia en la teoría literaria, que es posible rastrear narrativas y contranarrativas para establecer una metanarrativa, y la forma en la que ésta reformula o no el problema de la política (Roe, 2011, p.1290)”.

A continuación se presentan los cuatro pasos propuestos por Emery Roe:

1. Identificación de las narrativas de la política dominante;
2. Identificación de las narrativas que van en contra del relato dominante;
3. Determinación de si existe una metanarrativa; y
4. Determinación de si la metanarrativa reformula los problemas en salud de las juventudes y cómo lo hace (Roe, 2011, p.1290).

Esta investigación vinculó la perspectiva de dos áreas, la primera, el área de la salud, específicamente la salud pública; y la segunda, el área de las ciencias políticas, concretamente el campo de análisis de política.

En primera instancia se realizó análisis documental y posteriormente se aplicaron las entrevistas, esto con el fin de llegar a los actores con información previa y con las preguntas emergentes del análisis documental. Los detalles de la recolección de información se presentan en el anexo 03.

Prueba Piloto

La entrevista semiestructurada se aplicó a 4 actores de interés para el estudio (1 institucional, 2 de las juventudes, 1 del gobierno local) para garantizar comprensión de la redacción de las preguntas, posterior a esto, se transcribieron, se codificaron y se realizó el análisis temático en el software ATLAS. Ti para reconocimiento de narrativas y contranarrativa considerando el análisis narrativo de política pública desde la perspectiva de Emery Roe y se realizaron los ajustes del instrumento conforme los resultados obtenidos. Estas entrevistas no se tuvieron en cuenta para el análisis final de la investigación.

Proceso de Consentimiento Informado

Este proceso fue implementado por la investigadora principal al momento de contactar a cada participante. En este proceso se presentaron los objetivos y la metodología de la investigación, se socializó la duración de la entrevista, se explicó a cada persona que su participación en el estudio era voluntaria y que se podía retirar en cualquier momento, se aclaró que esta participación no tendría retribuciones ni económicas, ni en especie y que en caso de aceptar se garantizaría la confidencialidad de la información. Se respondieron las preguntas del participante en caso de que las hubiera y al confirmar su participación se firmó el documento de consentimiento informado y se aplicó la entrevista semiestructurada.

Para las entrevistas presenciales el documento de consentimiento informado se obtuvo por escrito y en el caso de la entrevista virtual (1), el proceso de consentimiento informado se realizó virtual y con firma digital. En todos los casos las entrevistas se realizaron en un lugar tranquilo, con tránsito moderado. Cada participante tuvo copia del documento de consentimiento informado diligenciado.

La investigación buscó generar beneficios indirectos a los participantes, al influir en la forma en la que actores involucrados en el proceso de configuración de políticas en Cali comprenden las políticas públicas de salud para juventudes.

Además promueve la comprensión de las políticas públicas de salud para juventudes de modo que estas sean más efectivas. Aproximarse a comprender la experiencia juvenil contribuirá a posicionar a las juventudes como grupo social, visibilizar sus voces y ratificar su voz en la configuración de esta y otras políticas locales.

En cuanto a los documentos de la revisión documental, fueron públicos y correspondieron a informes, actas de reuniones y documentos técnicos disponibles a nivel departamental y distrital, además de los documentos de política referidos posteriormente en la sección de abordaje metodológico. Frente a los mecanismos para acceder a los documentos, se contactó previamente a las instituciones por medio de correo electrónico, se solicitó cita presencial con los funcionarios y se presentó la investigación para gestionar el acceso a los documentos.

La investigadora principal fue la encargada de acceder y custodiar la información proveniente de la entrevista semiestructurada (audios, videos y transcripciones), así como la obtenida de la revisión documental. Esta información se guardó en carpetas cifradas con contraseñas para la apertura o modificación y en un disco duro que no fue expuesto a cambios de lugar y que reposará en la vivienda de la investigadora principal durante 10 años.

Muestreo para las entrevistas semiestructuradas

Así, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a dos grupos de personas vinculadas en el proceso de configuración de las políticas públicas de salud en los niveles nacional (Colombia), departamental (Valle del Cauca) y distrital (Cali). El primer grupo, fue el de las juventudes y correspondió a participantes del proceso de configuración de la política pública de salud y la política de juventud nacional y departamental. Para el proceso de Cali, específicamente aquellos relacionados en el componente tres de la Política Pública de Juventudes (PPJ).

El segundo grupo fue el institucional/gubernamental con los profesionales y equipos tecnócratas vinculados al gobierno en los tres niveles referenciados. Además, en este grupo se incluyeron también los consultores externos al gobierno que participaron del levantamiento de información o en la estructura del documento de política.

Para los dos grupos de participantes, tanto institucional/gubernamental como juventudes, el criterio de inclusión de edad fue: ser mayor de 18 años. Se aplicaron 14 entrevistas así: siete a representantes de las juventudes y siete a los actores institucionales.

El muestreo fue propositivo, en bola de nieve hasta llegar a saturación y con participantes de las siguientes instancias:

- 1 Actor juvenil participante de la mesa departamental de juventud departamental
- 2 Actores de las juventudes: líderes de grupos sociales de juventudes vinculados del proceso de configuración de política pública de juventudes de Santiago de Cali Acuerdo 0464 de 2019 eje 3. Jóvenes implementando prácticas saludables y de autocuidado para su bienestar integral
- 2 Actores de las juventudes relacionado con el proceso de Política de juventud del Valle del Cauca 2018-2021
- 2 Actores de las juventudes representante nivel nacional Ley 1622 de 2013.
- 1 Actor tecnócrata que participó del proceso de la configuración de la política pública de juventud Cali
- 1 Actor de la Secretaría de Bienestar Social de Cali -Línea Juventud-
- 1 Actor de la Secretaría de Salud de Cali, Línea infancia, adolescencia y juventud
- 1 Actor de la Secretaría Departamental de Salud directamente involucrado en la configuración de la Política de Salud-Planes Territoriales de Salud (PTS)
- 1 Actor de la Secretaría de Salud Distrital proceso (PTS)
- 1 Representante de salud para Responsabilidad Penal Adolescente-Cali (SRPA)

Recolección de información de las entrevistas semiestructuradas

La recolección de información tuvo un primer momento que fue la selección de los actores interesados en participar voluntariamente en la investigación, mayores de edad e identificados por la técnica de bola de nieve en un reconocimiento preliminar tanto por los documentos técnicos como informes, actas, listados de asistencia entre otros, así como por referencia de otros actores vinculados al proceso de configuración de la política.

El segundo momento fue la implementación del proceso de consentimiento informado en el que el participante reconoció los alcances de la investigación, la estructura de la entrevista, el tiempo de duración y el lugar de aplicación, nivel de riesgo de la

investigación y las estrategias para disminuirlo, además, se resolvieron las dudas con respecto al proceso para posteriormente firmar el documento soporte.

La investigadora principal fue la encargada de convocar a los participantes del estudio. Esta convocatoria inició cuando se obtuvo el aval de ética de la Facultad de salud de la Universidad del Valle, para dar paso a la identificación de los actores institucionales/gubernamental y de las juventudes de Cali, reportados como participantes en los documentos disponibles (actas de reuniones, listados de asistencia entre otros), y también por referencias verbales de otros participantes de los procesos de la configuración de la política de interés.

Una vez identificados los participantes, fueron contactados por la investigadora principal vía correo electrónico y vía telefónica, antes de concretar la entrevista se dio paso al proceso de consentimiento informado con el que se validó la participación de la persona en la investigación. Finalmente, se concretó el lugar y la hora de la entrevista en un área tranquila y con tránsito moderado de personas para garantizar confidencialidad y fueron aplicadas directamente por la investigadora principal.

Las entrevistas fueron mayoritariamente presenciales y apenas una se realizó virtual. estas tuvieron una duración promedio de una hora. Cada entrevista tuvo un código alfanumérico para garantizar la confidencialidad y el anonimato durante el análisis temático. Posteriormente, fueron transcritas haciendo una identificación preliminar de las narrativas y relatos en el marco del análisis de Emery Roe.

Abordaje analítico

El proceso analítico de esta investigación consideró el enfoque de Emery Roe, con los cuatro pasos referidos previamente, desarrollados en tres momentos:

a) Estructuración y selección de los documentos de Políticas públicas de salud nacional, departamental y distrital, junto a la Política pública de juventudes de Santiago de Cali, Acuerdo 0464 de 2019, eje 3. Jóvenes implementando prácticas saludables y de autocuidado para su bienestar integral.

b) Catalogación de los documentos de interés, de acuerdo con el tipo de documento.

c) Selección de fragmentos de documentos relevantes para el análisis, teniendo en cuenta las narrativas dominantes, las contranarrativas, desde el enfoque de Emery Roe y los hitos identificados en cada nivel de gobierno.

Los documentos técnicos fueron leídos a profundidad y codificados para identificar las narrativas de política dominante, las contranarrativas, y los hitos, pero también se implementaron categorías emergentes, consolidando una codificación definitiva de los documentos y el respectivo análisis temático en el software Atlas.ti, desde el enfoque de Emery Roe para sustentar la metanarrativa de política.

Se analizaron 81 documentos, se asignaron 1350 códigos y se obtuvieron 1944 citas, lo que comúnmente se denomina también como códigos vivos, que para este análisis de política en coherencia con el enfoque metodológico de Emery Roe, se denominaron "Relatos" y que dependiendo de su frecuencia en las voces de los actores como de las fuentes documentales se clasificaron como dominantes o como contrarrelatos/contranarrativas, según correspondiera. Finalmente, se aplicaron dos herramientas del software: Análisis de Co-ocurrencias de códigos y el análisis código por documento en Atlas.ti.

El análisis se visibilizó con Gráficos de Sankey disponibles en el anexo 04, considerando que son una herramienta que permite evidenciar tanto las relaciones como la magnitud entre distintas categorías, que para este caso fueron indispensables para comprender las narrativas dominantes y las contranarrativas, entre niveles de gobierno dónde se configuró la política.

Consideraciones éticas

La investigación inició con la solicitud de acceso a documentos institucionales y el contacto con actores de interés inmediatamente después de obtener el aval del Comité de Ética en Salud de la Universidad del Valle en acta 040-023 del 30 de mayo de 2023, renovado en dos ocasiones: el 30 de mayo de 2024 y el 11 de junio de 2025.

La investigación se acogió a los principios de respeto por las personas, beneficencia, y justicia declarados en el reporte Belmont y finalmente, implementó los aspectos éticos declarados en la Resolución 008430 de 1993 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

El nivel de riesgo de esta investigación fue mínimo por potencial pérdida de la confidencialidad. No hubo riesgo psicológico para los participantes del estudio porque las preguntas de la entrevista no estuvieron direccionadas a temas sensibles con impacto psicológico. en cambio se enfocaron en recopilar narrativas sobre el proceso de configuración de las políticas públicas de interés para el estudio y la comprensión de la salud, juventud y los modos de vida por los diferentes actores.

Como estrategia para garantizar la confidencialidad, se omitieron datos sensibles como nombre, identificación o datos de contacto de los participantes en los informes o documentos de la investigación. Así, se anonimizó a cada participante asignando códigos alfanuméricos (ver anexo 03). La entrevista fue grabada en audio y se solicitó la autorización previa. La información obtenida de los participantes no fue entregada a terceros y está en custodia de la investigadora principal.

No hubo conflicto de interés porque la investigadora no tuvo ninguna filiación ni financiera ni ocupacional con los participantes de esta investigación, así como tampoco tuvo ganancia financiera por realizar la investigación.

Análisis Articulado de relatos y contrarrelatos

Considerando que el proceso realizado en la fase uno permitió hacer visibles los Relatos(R) por nivel de gobierno, se aplicó el primer paso de la propuesta de análisis de Emery Roe, clasificando por medio de la frecuencia de estos Relatos la relevancia e importancia y se denominaron como “Relatos dominantes” (RD-Narrativas). Se prosiguió al segundo paso identificando los relatos con menor frecuencia, denominados relatos controversiales/no-historias/no-relato, denominados Contranarrativas. En el tercer paso se aplicaron las herramientas de análisis de *Atlas.ti* para reconocer la metanarrativa. Para finalizar, en el paso 4 se determinó si la metanarrativa contada reformulaba el problema o no. Los resultados se presentan en los siguientes capítulos.

Tabla 5.Categorías de análisis aplicadas para el análisis temático con Atlas ti

No	Categoría Analítica	Código Atlas TI	Fuente de Información	Herramientas de atlas ti pata operacionalizar
1	Salud Concepto Polisémico	Salud como Objeto	Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2022; Plan Nacional de Salud Rural Planes de desarrollo Nacionales Planes de Desarrollo Departamentales Planes Territoriales de Salud del Valle del Cauca 2012-2022; Planes de Desarrollo de Santiago de Cali 2012-2015, 2016-2019 y 2020-2023 PTS Cali 2012-2015, 2016-2019 y 2020-2023 Código de Infancia y Adolescencia Política de Juventud de Cali, eje 3 Salud Ley Estatutaria 1622 de 2013 Estatuto de ciudadanía juvenil Ley 1885 de 2018 reforma al Estatuto de Juventud CONPES 173 de 2014 Ley 1751 de 2015 **Que se denominaron Documentos Centrales (DC) en todo el análisis Por la temporalidad 2012-2022 a los tres niveles** **Documentos centrales DC** a 3 niveles de gobierno	Codificación temática; tablas de frecuencia; análisis de co-ocurrencia, diagramas de Sankey, gráficos de Fuerza rn Atlas ti
		Salud como Sujeto		
		Salud como Campo de Praxis		
2	Modos de Vida	Juventudes rurales		
		Juventudes urbanas		
		Juventudes con discapacidad		
		Juventudes en condición de calle		
		Juventudes Escolarizadas (todos los niveles)		
		Juventudes no Escolarizadas o sin vinculación laboral		
		Juventudes en privación de la libertad		
3	Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud	Estructurales, intermedios e individuales **nivel nacional**		
		Estructurales, intermedios e individuales **nivel Departamental**		
		Estructurales, intermedios e individuales **nivel Distrital**		
		Problemática. Incomprensión del modelo DSS		
		Oportunidad. Comprensión del modelo de los DSS		
4	Actores	Multinivel		
5	Curso de Vida	Juventudes normativa nacional Personas entre 14 y 28 o 26 años dependiendo de documento y tiempo de análisis (transición de la categoría)	**DC a tres niveles +** Análisis situado en jóvenes, salud, participación y agenda Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos;	
		Adolescentes (entre 14 años y 17 años 11 meses)		
		Infancia menores de 14		

No	Categoría Analítica	Código Atlas TI	Fuente de Información	Herramientas de atlas ti pata operacionalizar
		años		
		Adultos mayores de 18 años hasta 64 años		
		Todos los cursos de Vida		
3	Participación (Emergente)	Convocatoria de juventudes Participación Voluntaria (son convocados)	**DC a tres niveles +** Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 de 2017	
		Convocatoria a otros actores por fuera de las juventudes a los espacios políticos		
		Conexidad con derecho a la salud		
		Oportunidad. Comprensión del modelo de los DSS		
7	Agenda	Modelo de la agenda Internacional	**DC a tres niveles +** Análisis situado en jóvenes, salud, participación y agenda Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; Política de Participación Social en Salud iniciaría Resolución 2063 de 2017 Evaluación del alcance de los ODM AGENDA ODS 2023 Colombia	
		Modelo de la agenda Nacional		
		Modelo de la Anticipación		
		Modelo de la Mediación		
		Modelo de la agencia judicial		
		Modelo de la movilización		
		Modelo de la Mediatización		

Fuente. Elaboración propia

Capítulo 4. Caracterización de los referentes teóricos sobre salud y juventud que sustentaron las políticas públicas de salud de las juventudes en Cali entre 2012-2022

En este apartado se encuentran los relatos y contrarrelatos que sustentaron las categorías de salud y de juventud en las Políticas públicas de salud en los tres niveles de gobierno, nacional, departamental y distrital, para el periodo 2012-2022.

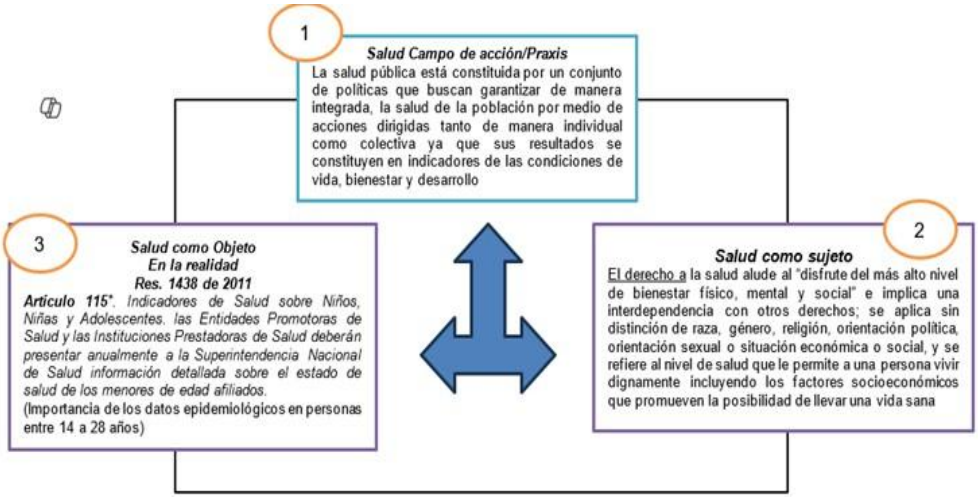
Salud como concepto del Actor Institucional

Para el nivel nacional como instancia que centraliza el poder y la definición de las decisiones en salud de la población colombiana los actores institucionales reflejaron una narrativa normativa adherida literalmente a la definición de los documentos Institucionales que estuvieron a su vez influenciados por la agenda Internacional y los acuerdos programáticos suscritos y que corresponden a una salud como derecho sustentado en la propuesta de la OMS “derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (OMS, 2010 en Minsalud, 2013, p.26) y que se amplía en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021:

> El derecho a la salud, alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente, incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud (alimentación, vivienda, agua potable, entre otros) (MinSalud, 2013, p.26).

Con respecto a la salud se adaptaron las narrativas Institucionales de salud desde la noción polisémica propuesta por Breilh:

Imagen 5. Adaptación de la noción Polisémica de la salud de Breilh para juventudes en Colombia



Fuente. Elaboración propia interpretando la noción Polisémica de la Salud de Jaime Breihl 2013

Esta interpretación adaptada para esta investigación busca aplicar la propuesta Teórica de Jaime Breilh 2013 con respecto a la noción polisémica de Salud concretamente para las juventudes en Colombia, ya que, son categorías centrales de esta investigación.

1 Salud Campo de acción/Praxis

Corresponde a las formas en las que se operativizó la salud y se debe comprender como la Salud Pública, que es responsabilidad del Estado y se concretó, financió y ancló al componente de Políticas públicas de salud configuradas a tres niveles: nacional, departamental y distrital, afectando los desenlaces en salud individuales y comunitarios de las juventudes colombianas y que se definió desde 2007 como:

> "la salud pública está constituida por un conjunto de políticas[8] que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Ley 1122, 2007).

[8] Esta postura Nacional da insumos para explicar la estrategia del PDSP 2012-2021 de definir cada dimensión a una Política Pública (salud sexual y reproductiva, SAN, etc), porque se entendió la salud pública desde los mecanismos que tienen las Políticas públicas como plataforma para garantizar derechos.

2 Salud como sujeto

Se comprende desde la constitución política de 1991como:

> "[…] El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. […]" (Asamblea Nacional Constituyente, 1991)

Desde el Plan Decenal de Salud Pública se define que:

> "[…]el derecho a la salud alude al "disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social" e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana […]" (MinSalud, 2013).

3 Salud como Objeto en la realidad

Para esta investigación la realidad no es una sola, en cambio, es dinámica, está articulada a la salud como derecho y se operativiza desde la plataforma de la Política Pública de Salud, esta realidad se reconoce con la medición de los eventos en salud desde la epidemiología, que establece una foto concreta de las situaciones que se experimentan en salud, para este caso, aquellas presentes en los modos de vida de las juventudes, que dan cuenta de un momento concreto y en un territorio determinado, por ende, estos datos pueden cambiar con respecto a los factores de exposición o a los factores protectores en los que transcurre la experiencia juvenil.

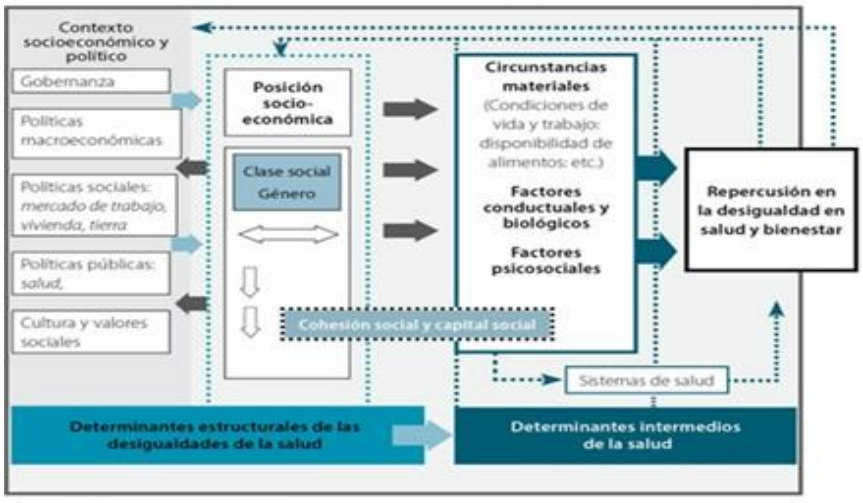
El Plan Decenal de Salud Pública como primera Política de salud a mediano plazo

Antes del Plan Decenal de Salud Pública en Colombia la agenda de salud se operativizó por medio del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011 con el que se esperaba aumentar el nivel de coordinación intersectorial con la estrategia de planificación en salud territorial, sin embargo, este plan no logró trascender el sector salud y, por lo tanto, no consiguió, por sí solo, modificar los Determinantes Sociales de la Salud, desde los que

se comprendían los desenlaces de salud, pues las situaciones de vulnerabilidad permanecieron. Adicionalmente, desde la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas -firmada en 2000- Colombia asumió el compromiso de abordar: la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer por su relación con la salud (OMS, 2018). La configuración del PDSP tuvo la perspectiva de las ocho (8) metas de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) enfoque vigente para el año 2012, sin embargo, al cierre del PDSP en 2021, los reportes se centraron en rastrear la agenda a 2030 que había incorporado 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) desagregados en 169 metas, en los que incluyeron de forma incisiva aspectos como el empleo digno, cambio climático, así como inclusión de la niñez que por diversos motivos quedó previamente fuera de la perspectiva de progreso y desarrollo (UNICEF, 2019). Lo anterior, lo denominamos en esta investigación *atemporalidad externa* de las políticas, en este caso el PDSP se configuró desde la perspectiva de los ODM, pero al cierre del decenio transitó a una narrativa de ODS, siendo esta última desde la que fue evaluado. Esta *atemporalidad externa de la política* nos permite plantear que la configuración de política se surte en tiempos diferentes entre el nivel internacional, nacional, departamental y distrital.

A continuación, se presenta el modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS que sustentó el PDSP 2012-2021:

Gráfica 1. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud OMS 2010

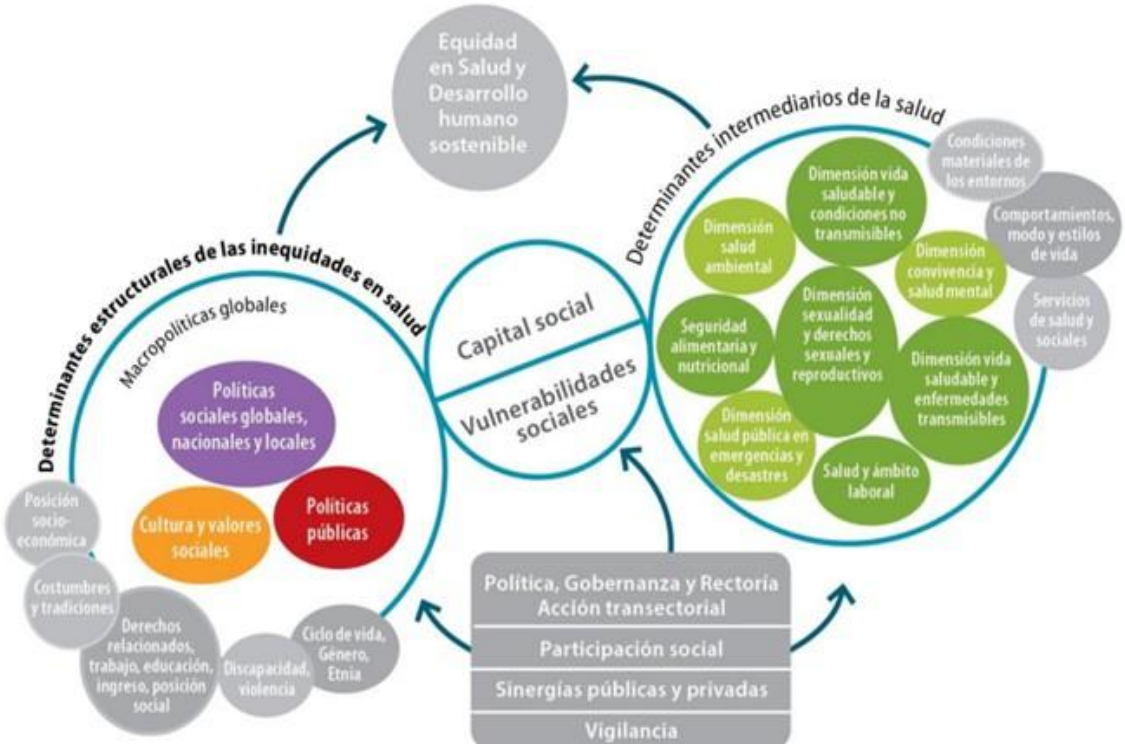


Fuente. Organización Mundial de la Salud, tomado de PDSP, p.56

De acuerdo con el modelo de la OMS, existen distintos factores relacionados con la falta de implementación de las políticas para disminuir las desigualdades en salud: a) falta de voluntad política, pues a menudo los partidos políticos gobernantes no tienen voluntad de incluir en la agenda política este tema; b) falta de conocimiento, tanto de la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas para poner en marcha; c) fondos públicos insuficientes, ya que no es posible instaurar políticas sin recursos destinados a ellas, y con frecuencia las declaraciones políticas no van acompañadas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo; d) falta de coordinación y de capacidad para llevar a cabo proyectos multisectoriales; y e) consideración, tanto desde una buena parte del sector sanitario como desde otros sectores y la propia población general, de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades sociales en salud son competencia exclusiva del sector sanitario. Borrel C, 2010 en (MinSalud, 2013).

Así, el PDSP si bien se sustentó en el modelo Teórico de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2010, este fue adaptado como se muestra a continuación:

Gráfica 2. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, adaptado para PDSP 2011-2021



Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social, PDSP 2012-2021, 2013.

El PDSP de 2012-2021 tuvo dentro de su configuración el interés de articular políticas y acciones entre actores y sectores privados y comunitarios, orientados a la salud y el desarrollo humano (MinSalud, 2013). Para este fin, se sustentó en ocho dimensiones prioritarias y en dos transversales, operativizando dos componentes, el primero transectorial y el otro sectorial. Para lo anterior se definieron tres líneas operativas, a saber: 1. Promoción de la salud; 2. Gestión del riesgo en salud; 3. Gestión de la Salud Pública, todos desde la perspectiva de la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud adaptado de la OMS para Colombia. Desde esta mirada nacional, se propusieron dos clases de determinantes los Estructurales y los Intermedios, como lo muestra la gráfica No1 y desde la que el Ministerio de Salud de Colombia adaptó articulando las dimensiones prioritarias de la agenda decenal de salud, concretamente en los determinantes intermedios, ver gráfica No2.

Gráfica 3.Aspectos metodológicos de interés del PDSP 2012-2021



Fuente. Elaboración propia con base en PDSP 2012-2021

Además, esta metodología se sustentó en tres (3) líneas operativas:

1) promoción de la salud,
2) gestión del riesgo en salud y
3) gestión de la salud pública (Incluida en la planeación en salud para este gobierno)

Las dimensiones incluían cuatro entradas: curso de vida, eventos en salud, diferenciales de sujetos y colectivos desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. Así, el PDSP 2012–2021 como una política decenal de Estado tuvo una fase de formulación por medio de un proceso con mayor perspectiva de participación comunitaria y con el interés de enfrentar inequidades en el país relacionados con los desenlaces en salud.

La metodología se describió en 8 pasos, a saber: el aprestamiento, en el que además de la revisión documental se analizaron los resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en una ventana de 17 años, insumo para la definición de los enfoques estratégicos y a la ruta metodológica del PDSP 2012-2021.

El segundo momento fue la definición técnica, para lo cual fue necesario validar los resultados disponibles a la fecha en los ASIS y articularlos con los datos de la evaluación del PNSP 2007–2010, como insumo en la caracterización de los avances y desafíos de los desenlaces en salud del país, desde una perspectiva de problemas y necesidades, generando siete dimensiones prioritarias, con la participación actores gubernamentales, asistenciales tanto públicos como privados y a la ciudadanía, con un estimado de 160 sesiones zonales, consultas virtuales y presenciales, siendo un hito -como se mencionó previamente- la participación de NNA de los territorios. Además, en el diseño del PDSP se declaró la aplicación de la Teoría Fundamentada en función del análisis de los datos cualitativos, pero en este caso se mencionó como método, lo cual sugiere que como con otros modelos teóricos, aunque se citen no siempre es clara su comprensión y uso, como se muestra a continuación: “para describir la percepción ciudadana y de los actores se analiza la información recolectada a través de técnicas cualitativas, utilizando la metodología de la teoría fundamentada (Vivar, Arantzamendi, & López Di Castillo, 2010; Daniel Jones, 2004) en (MinSalud, 2013).

Además, con respecto a la Teoría Fundamentada, no se declaró el enfoque o a la escuela adscrita (Glaseriana o Straussiana) o si correspondían a las escuelas emergentes que resultaron de los desacuerdos de los autores principales del modelo teórico. (de la Espriella & Gómez, 2020). Tampoco se evidenció un desarrollo de una teoría propia (que es el uso que se le da a este modelo teórico).

Por su parte, con respecto a las dimensiones del PDSP 2012-2021, el gobierno nacional estableció una narrativa de articulación del "conjunto de políticas y acciones sectoriales (personas, organización o institución del sector salud), transectoriales (Persona, organización o institución del sector gubernamental) y comunitarias (ciudadanos, organizaciones sociales y de base comunitaria) destinadas a proponer acciones en el marco del PDSP, (MinSalud, 2013).

No obstante, dicha articulación de políticas no fue visible, ya que para este momento la agenda de juventudes no contaba con una caracterización de los modos de vida, situaciones de exposición, oportunidades o capacidades y por ende situaciones consideradas indeseadas para los jóvenes, de modo que se discutieran en una o varias políticas públicas disponibles más en las de salud. Ahora bien, desde una mirada tradicional en la que se han comprendido las juventudes, la agenda se centró en las acciones en salud desde tres temáticas: salud sexual y reproductiva (orientada a la prevención del embarazo adolescente y las enfermedades de trasmisión sexual); el consumo de sustancias; y la violencia. Dichos temas son desde los que se ha reproducido desde la institucionalidad la experiencia juvenil, más como un problema a tratar y que constituye un bloqueo para el tránsito hacía una garantía efectiva del derecho a la salud, o al disfrute, en cambio anclada en lo que el adulto/tecnócrata reconoce o sabe que ese grupo de menores de edad necesitan para ese tránsito a la adultez. Es decir, la juventud como experiencia social se reconoció como un escalón para implementar la vida adulta.

Considerando la narrativa de conjunto de políticas y actores, a continuación se presentan las ideas centrales de las ocho dimensiones con los elementos centrales definidos para la región pacifica, por ser el interés de la investigación.

1. Salud ambiental: orientadas al derecho efectivo a un ambiente sano, influyendo en la calidad de vida de las generaciones actuales y futuras. Se reconocieron los riesgos ambientales y las condiciones sanitarias de los hogares, también se incluyeron los modelos de producción y el consumo responsable para los resultados en salud.(MinSalud, 2013).

Se creó una nueva categoría: Atención Primaria en Salud Ambiental (APSA):

> buscó definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de la Atención Primaria en Salud APS, posicionando la gestión intersectorial y la participación social en la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión. (MinSalud, 2013, p.142)

La evaluación de cumplimiento del PDSP para esta dimensión, indicó que se cumplió apenas con el 16% de los cinco indicadores de gestión, mientras que para los cuatro indicadores de resultado el cumplimiento fue apenas del 40% (UNIANDES, 2022). No se discriminó avance por curso de vida.

2. Vida saludable y condiciones no transmisibles: orientadas el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de la vida, su objetivo era promover acciones poblacionales e individuales favoreciendo entornos cotidianos para modificar los riesgos a enfermar y controlar las ENT. Además, se buscó atender las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva, comunicativa y reducir las muertes enfermedades discapacidades y eventos evitables.(MinSalud, 2013). Sin embargo, la evaluación encontró que se cumplió con el 9% de los indicadores de gestión -eran tres- y se cumplió con el 10% de los dos indicadores de resultado (UNIANDES, 2022, p.33). Se debe considerar que para las juventudes no fue posible identificar las acciones con respecto de las ENT, ya que los indicadores no se discriminaron por curso de vida.

3. Convivencia social y salud mental: recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana desde relaciones interpersonales basadas en el respeto la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos, desde la promoción de la salud mental y la convivencia; la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales, así como a diferentes formas de violencia. Los objetivos se orientaron al desarrollo de oportunidades y capacidades de las personas, el disfrute de la vida, la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental, a la convivencia social y los trastornos mentales y la violencia (MinSalud, 2013).

La Ley 1438 de 2011 en su artículo 65 propuso la atención integral en Salud Mental así:

> las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del *Plan de Beneficios* y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental. (Ley 1438, 2011)

Y aunque el nivel nacional se propuso atender la salud mental en tanto con el PDSP 2012-2021 y en simultáneo con la puesta en marcha de la Ley 1616 de Salud Mental de enero de 2013 que definió la Salud mental como:

> un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. (Ley 1616, 2013)

La Política de Salud Mental se concretó hasta el 2018 con la Resolución 4886 del mismo año, por lo que no fue posible identificar resultados de esta para articularlas en la política decenal por lo cual se identificaron narrativas generales y superficiales para la Salud Mental. No obstante, se debe resaltar que la comprensión de la salud mental vincula narrativas por fuera de la medicalización o la enfermedad. Finalmente, esta dimensión fue prioritaria ya que se cumplió con un 71% de los cinco indicadores de gestión y con apenas el 27% de los cuatro indicadores de resultado. Como otras dimensiones tampoco se discriminó el cumplimiento por curso de vida (UNIANDES, 2022, p.33).

4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional: objetivo garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida desde los ejes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), las estrategias de monitoreo y la evaluación de las acciones intersectoriales para asegurar la salud de las personas y el derecho de los consumidores (MinSalud, 2013). Para este eje en simultáneo se definía la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN), que aunque se

publicó con el CONPES 113 de 2008 tomaría casi 4 años más para tener lineamientos de política con lo cual inició su decenio en 2012, lo que hemos denominado atemporalidad interna de la política y se amplía a continuación.

Si bien entre el 2007 y el 2008 se discutió el CONPES 113 de 2008, solo hasta 2012 se generaría el PNSAN 2012-2019, tardarían cuatro años en consolidar a nivel nacional las estrategias generales consideradas en el CONPES, tres años después de que la primera Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2005, reportó que a nivel nacional apenas el 26% de los jóvenes entre 13 y 17 años cumplían con las recomendaciones mínimas de actividad física (DNP, 2008).

Dentro de los objetivos de la PNSAN estaba la promoción y protección de la salud, la nutrición y el fomento de estilos de vida saludable, articulado al Sistema de Protección Social y a la salud pública (programas de salud sexual y reproductiva, promoción de estilos de vida saludables, prevención y control de ENT), mejorando la situación nutricional de la población, especialmente la más vulnerable, dentro de la que se incluyen los adolescentes. Esta política desde 2012 se propuso la articulación con la Política de Salud Mental y la Ley de infancia y adolescencia que para la evaluación del PNSAN no se evidenció (DNP, 2008, p.36), lo que denominamos en esta investigación *atemporalidad externa de las políticas*. Es importante indicar que la PNSAN carece de perspectiva de juventud, incluso cuando se usa el término *joven* se relaciona con población menor de 18 años. Los indicadores de *gestión* alcanzaron un 86% de cumplimiento, mientras que los indicadores de resultado apenas alcanzaron el 30% (UNIANDES, 2022, p.33). No se discriminó por curso de vida.

5. Dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: su objetivo fue promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas y comunidades, por medio de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), la equidad de género; la prevención y atención integral en SSR. Además, garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales para esto considerando un enfoque diferencial y de género con atención integral (MinSalud, 2013).

Con respecto a los jóvenes se indicó:

> “Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas), que incluya la expansión de cobertura y calidad del Programa de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía, articulado con los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, para el ejercicio de derechos en torno al desarrollo de una sexualidad en condiciones de igualdad, libertad y autonomía, sin ninguna discriminación y libre de violencias” (MinSalud, 2013, p.171).

Aunque las estrategias para esta salud sexual y reproductiva se consideró la promoción del ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSR), incluyendo las violencias de género y la violencia, estas no fueron priorizadas en la definición de problemáticas para *Pacífico* en el PDSP, como se muestra en el capítulo cinco, por lo que se entiende como un abordaje superficial. Lo anterior, pudo estar relacionado con la consolidación en simultáneo de una Política Nacional de Sexualidad, DSR, como estrategia, para desarrollar una de las dimensiones prioritarias del PDSP, visibilizando el componente de salud sexual y reproductiva de las juventudes del país por su denominación de Política pública (no programa), para el periodo 2014-2021 -ocho años- con enfoque de Determinantes Sociales de la salud y con la respectiva evaluación.

6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles: permitir materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles en cada ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los entornos donde viven las personas, familias y comunidades para reducir la exposición a condiciones y situaciones de riesgo de enfermedad. (MinSalud, 2013 p.143). La evaluación reportó que del único indicador de gestión disponible se cumpliría apenas el 7%, mientras que se cumplió el 19% de los tres indicadores de resultados (UNIANDES, 2022, p.33). Tampoco se discriminó por curso de vida.

7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres: protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, con acciones orientadas a reducir la exposición, a través de estrategias para la gestión integral de riesgos en emergencias y desastres y respuesta en salud para estos. Su objetivo fue el de promover la gestión del riesgo de desastres como una práctica sistemática que garantice la protección de las personas, colectividades y el ambiente centrado en la educación sobre situaciones de urgencia, emergencia o desastres (MinSalud, 2013).

La evaluación del cumplimiento indicó que se cumplió apenas el 28% de los dos indicadores de gestión, mientras que no se cumplió ninguno de los cuatro indicadores de resultado (UNIANDES, 2022, p.33).

8. Dimensión salud y ámbito laboral: buscó el bienestar y protección de la salud, así como el fomento de las intervenciones que modificaran positivamente las situaciones y condiciones de salud de los trabajadores formales e informales de la economía a través de estrategias enmarcadas en los componentes de la seguridad y salud en el trabajo, para ampliar la cobertura en el sistema de riesgos laborales. Además, se buscó mejorar las condiciones de salud y medio ambiente de los trabajadores en el país, con la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, con enfoque diferencial (MinSalud, 2013).

Si bien este componente fue diseñado para población general (trabajadores del sector formal e informal), un aspecto concreto para adolescentes se definió en el literal g. Prevención de los riesgos derivados del trabajo en el sector informal de la economía. En este, se indicó que los Entes Territoriales de Salud desarrollarían acciones para prevenir, mitigar y superar los riesgos ocupacionales específicos, priorizando las acciones para grupos poblacionales vulnerables, entre ellos los jóvenes trabajadores entre 15 y 18 años de edad. Esta acción se considera importante desde una perspectiva de los modos de vida, ya que los adolescentes del país se ocupan principalmente en el sector informal. Esta dimensión alcanzó un 50% de cumplimiento en indicadores de gestión y de 66% de cumplimiento en los indicadores de resultado (UNIANDES, 2022, p.33). No se discriminó por curso de vida.

Dimensiones transversales del PDSP 2012-2021 la juventud como población vulnerable

El derecho a la salud sustentado en las dimensiones del PDSP 2012-2021 consideró además de las ocho dimensiones ya descritas, dos dimensiones transversales. La primera, denominada "gestión diferencial de las poblaciones vulnerables" buscó reconocer las diferencias sociales para generar medidas en favor de grupos sociales que presentaran diferencias significativas, desventajas o mayor vulnerabilidad, esto para alcanzar la equidad en salud y desde una perspectiva de derechos. La dimensión incluyó: niños niñas y adolescentes, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad, adulto mayor y personas víctimas del conflicto armado, para atender los determinantes sociales de la salud, relacionados con inequidades sociales y sanitarias persistentes (MinSalud, 2013) y se denominó: "desarrollo Integral de las niñas, niños y adolescentes".

Un año después de la presentación del PDSP 2012-2021, se estableció el Estatuto de ciudadanía juvenil, que con respecto a la salud de las juventudes refirió: "el Estado debe garantizar a las y los jóvenes el acceso, disponibilidad, permanencia y calidad en atención en salud primaria con enfoque diferencial, además de garantizar su participación en los espacios de decisión del sistema de salud del país (Ley 1622, 2013). Además: "tienen derecho a recibir atención primaria en salud (diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, psicológica, psiquiátrica especializada e integral) en cualquiera de las etapas del (Ley 1622, 2013, art. 8, p.7, 23).

En esta dimensión se vinculó un componente denominado salud y género, pero la narrativa documental sugiere que la categoría "género" en los procesos de evaluación de las políticas que declaraban tener este enfoque -por lo menos hasta el año 2017- no contempló la diversidad de género, pues se enfocaban en acciones para la mujer, es decir, no se incluyó la perspectiva de diversidad que corresponde la comunidad LGBTI+Q.

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

En esta fue la única dimensión para la que no se tuvo la narrativa de articulación de las políticas disponibles, en cambio se indicó que correspondían a acciones sectoriales y

comunitarias para recuperar las capacidades básicas de la Autoridad Sanitaria en los territorios del país con acciones relacionadas con la producción social de la salud. Así, el componente buscaba fortalecer la "regulación, conducción, gestión financiera y fiscalización del sistema general de seguridad social en salud, incluyendo la vigilancia epidemiológica y sanitaria, las acciones colectivas y las garantías del aseguramiento. En el análisis temático fue una de las dimensiones más referidas en las narrativas nacionales así:

> En el tema del fortalecimiento de la autoridad sanitaria logramos muchas cosas también. Eso fue fantástico. Eso me parece a mí que tiene una relevancia extraordinaria. (P_AGIN_MINSA_001)

Derecho a la salud perspectiva del PDSP 2012-2021

Desde el PDSP el derecho a la salud se articuló a conceptos de igualdad, equidad e inclusión para todos pero reconociendo las necesidades insatisfechas individuales y comunitarias (OMS, Comisión de los Determinantes Sociales en Salud, 2009 en Minsalud, 2013, p.42). Con respecto a las juventudes transitar a una perspectiva de derecho en salud representó un avance en la tramitación de lo que tradicionalmente se denominó el enfoque de necesidades básicas insatisfechas, que recibió críticas por considerar que: concibe a las personas como objeto -material e inanimado- antes que como un sujeto con experiencia en relación con otros y competente para transformar su realidad. Además se indicó que la característica fundamental del enfoque centrado en las necesidades era que el Estado no estaba obligado en satisfacer dichas necesidades (Save The Children, 2002:21 en (Oyarzun et al., 2008).

Finalmente, con respecto a las herramientas para que todas las voces fueran escuchadas el PDSP 2012-2022 definió la Participación social como: "una herramienta de empoderamiento que le daba a la comunidad un papel activo y de corresponsabilidad, por ser un proceso en el que los miembros de la comunidad asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades (MinSalud, 2013, p.28)".

Narrativas nacionales de salud y juventud contexto desde la institucionalidad en los gobiernos en el periodo 2012-2022

A continuación, se presenta la desagregación del análisis por periodo de gobierno en el decenio evaluado.

Juan Manuel Santos más empleo, menos pobreza y más seguridad 2010-2014

En este primer momento de análisis de las políticas de salud para juventudes debe considerarse como hito de la agenda en salud el aval del Congreso de la república entregado al presidente Juan Manuel Santos, ya que este le facultó[9] para restructurar el Estado, por lo que se *revivieron* dos entidades muy importantes: el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo. Adicionalmente, la agenda de la paz muy borrosa para 2010 impactaría también en la visibilidad y la inclusión de una agenda política que reconoció el conflicto armado (CA). Este, fue negado durante los ocho años de mandato de Uribe, gobierno al que responsabilizó del asesinato de entre 4.475 y 10.000 jóvenes entre 2002 y 2010 según informó la Fiscalía de la nación, la Coordinación Colombia-Europa-Estados y los registros de testimonios de los victimarios (Rojas & Benavides, 2017). La visibilización del conflicto armado en este periodo de gobierno, desde la perspectiva de los modos de vida, fue determinante no solo para comprender y visibilizar las cifras de los desenlaces de salud producto de este, y que impactó principalmente a las juventudes rurales del país, que venían históricamente con un truncamiento de sus proyectos de vida, generando muertes violentas y desaparición de jóvenes, mientras se posicionaban narrativas institucionales estigmatizantes[10] sobre los itinerarios juveniles.

Fueron las familias de estos jóvenes -principalmente empobrecidos y rurales- las que dieron apertura a la movilización en busca de la verdad sobre la violencia y desaparición en la que transcurrió su experiencia juvenil y que comprenderemos en esta investigación como una agenda sistémica, por ser promovida por las madres de los jóvenes. La comprensión de estos jóvenes desde el Estado se hizo desde narrativas de estigma transgeneracional -vigentes en el discurso político actual- vinculado a un *no-itinerario*, que es como un imaginario de desocupe, ocio y violencia que se le atribuye desde la

[9] Facultades del presidente descritas en la Ley 1444 de 2011
[10] La frase del expresidente Uribe “No estarían recogiendo café”

institucionalidad a los jóvenes, y que amalgaman con una delincuencia natural, como si fuera característica propia de la experiencia juvenil. Esta situación se vería reflejada en el discurso en el que el expresidente Uribe descalificó a los jóvenes desaparecidos y asesinados con la frase: “no estarían recogiendo café” y por la cual fue obligado a retractarse en 2017, lo que fue una Visibilización de la necesidad de resignificar a las juventudes como colectivo social desde los actores institucionales.

En el panorama de comprensión de las juventudes con el que inició el gobierno de Santos I, quien fue Ministro de Defensa entre 2006 y 2009 del mismo gobierno Uribe y quien tendría que asumir los resultados de actos violentos que determinaron tanto la salud como la vida de los jóvenes más desfavorecidos, dentro de los que se identificaron personas con capacidades diversas, población LGTBI, quienes estuvieron expuestos a situaciones de desplazamiento forzado, reclutamiento forzado, violencia sexual y asesinato. Estos flagelos se presentaron mayoritariamente en personas mestizas, con autorreconocimiento étnico: negros, afrodescendientes, raizales, palenqueros y población indígena (Comisión de la verdad, 2022).

Una contra narrativa de interés corresponde al reconocimiento e inclusión de los saberes diferenciales en la conceptualización de la salud, pues opuesto a las creencias de la academia y la institucionalidad del área de la salud, los marcos teóricos y por ende los conceptos y las comprensiones de las categorías de salud y juventudes, son diversos. Así, por ejemplo, la salud constituye un concepto polisémico, pues se sale del cuerpo de las personas como desenlace en salud y en cambio, está presente en esa salud como sujeto, propuesta por Breilh y que en esta investigación se asignó al “derecho a la salud” y que en los documentos nacionales fue una narrativa desde la administración y la operatividad de la salud en el sistema de salud nacional, orientada principalmente en estrategias para aumentar el aseguramiento, es decir una *agenda Institucional*.

Esa salud polisémica, se identificó en lo que denominaría Breilh como salud en el campo de acción, que en esta investigación se vinculó con la salud pública y que representó los mecanismos de operativización del aseguramiento para la garantía del derecho a la salud, que focalizó el PDSP, en la línea de gestión de la salud pública, denominada “garantía del aseguramiento” (MinSalud, 2013, p.91).

Con respecto al modelo teórico en el gobierno de Santos I, aún no se identificó la adscripción al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, por lo cual, se indica que si bien se estaba definiendo paralelamente el PDSP 2012-2021-, estos fueron procesos separados, es decir, la agenda del PND no armonizó la Teoría de Determinantes Sociales en Salud, lo cual se presenta como una desarticulación entre PND y el PDSP y por ende tensión en recursos.

En el periodo de Santos I, se sancionó la Ley 1622 de 2013, Estatuto de ciudadanía Juvenil, en la que se modificó la definición de joven aumentando la edad máxima de 26 a 28 años, así: “Joven es toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía (Ley 1622, art. 5, 2013, p.5).

Todos por un Nuevo País Juan Manuel Santos Calderón 2014-2018

Con la continuidad de Santos en el poder, se consolidó una agenda política central “la paz del país”, que mantuvo el articulado de política de cinco locomotoras: Vivienda, Agricultura, Infraestructura, Innovación y Minería, siendo esta última la que más se impulsó durante el primer periodo de Santos y que fue además el periodo de gobierno en el que se consolidó una perspectiva *decenal* de las políticas de salud nacionales, con la definición del PDS 2012-2022.

Durante el gobierno Santos II, el PND normatizado desde la Ley 1753 de 2015 describió la agenda gubernamental desde tres (3) pilares centrales: Paz, Equidad y Educación, para lo cual, se dispuso en el país una perspectiva de comprensión nacional de seis regiones, como se muestra a continuación:

Imagen 6. Mapa de Regiones propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018



Fuente: Tomado y adaptado de PND 2014-2018, p.715

Esta propuesta de comprensión geográfica del territorio fue una acción disruptiva y se sustentó como una evolución del enfoque territorial planteado en el PND 2010-2014 del gobierno Santos I, entendiendo el país como un territorio con seis regiones así:

> "como todo ejercicio de regionalización, la configuración propuesta presenta grados diferentes de homogeneidad entre las regiones y sus atributos, los cuales solo reflejan la riqueza y complejidad de la geografía, cultura, o medio ambiente, así como los patrones diversos de desarrollo intra e interregional en el país. Estas regiones comparten elementos significativos comunes-económicos, sociales y culturales -, así mismo, comparten ejes articuladores del desarrollo regional" (DNP,2015, p.715).

Esta visión puede ser problemática con respecto al análisis de las desigualdades y necesidades de salud que presenta la Región Pacífica y desde una perspectiva de juventud, siendo este un primer argumento problemático y por ende una primera tensión, ya que, comprender el país desde una perspectiva de región, implicó una actitud de bloque de problemas para determinar la agenda de salud de las juventudes que estaban en territorios diferentes y por ende presentaban diferencias también en sus problemas en salud.

Esta situación sugiere que, si bien la clasificación por regiones constituyó una propuesta relevante para el reconocimiento geográfico y sus implicaciones en la salud, resultó

limitada para tramitar los desafíos en salud que requerían ser priorizados. Así, desde esta forma de entender el país no fue posible identificar una aplicación de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), ni, en consecuencia, orientar las priorizaciones y desafíos a abordar. La agenda priorizada desde la perspectiva de desafíos por dimensión evidenció que aunque la teoría se propuso comprender las desigualdades y los desenlaces en salud desde una mirada regional, ésta, pudo ser insuficiente para priorizar desde el modelo de los DSS. Se identificó una narrativa teórica que debía replantear la comprensión misma del país. En ese sentido, se identificó una narrativa de DSS instrumental, ya que tanto los actores como las metodologías de comprensión del país permanecieron por fuera de los postulados del modelo DSS.

En el gobierno Santos II se identificó que las narrativas de salud visibilizaron dos de los componentes de la comprensión polisémica de salud propuestas en esta investigación: 1. La salud como campo de acción: una salud pública y sus políticas (APS, Salud familiar y comunitaria) y 2. una salud como sujeto, que fue el modelo propuesto en su Plan Nacional de Desarrollo.

Con respecto a las juventudes se identificó una comprensión más robusta y con enfoque de derechos con la implementación del Sistema Nacional de Juventud (CONPES 173 de 2014), que promovió una narrativa de protección de la juventud, principalmente en adolescentes. Conforme la paz se concibió como un eje estructural del PND de Santos II, se visibilizaron los adolescentes en condición de víctima del Conflicto armado, pero se marginó a las juventudes entre 18 a 28 años (mayoría de edad).

Por otro lado, la agenda en salud continuó con el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), no solamente desde la práctica de un consumo voluntario individual, sino que se estableció desde una narrativa de *problema público* para lo que se incluyó el reconocimiento de “abuso del consumo”. El gobierno Santos II, justificó esta perspectiva desde una narrativa en la que el consumo de SPA representaba un “asunto de interés de salud pública nacional”, así: Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos (Ley 1566, 2012). Lo anterior, implicó una resignificación del proceso de uso, consumo y por ende un primer giro en la

narrativa del actor juvenil como titular de derechos, entre ellos, su derecho a la salud, en la medida en que se consideró que dicho consumo de SPA requería acciones del Estado más centrado en estrategias de atención a este flagelo y no centrado solamente en la estigmatización.

Una Ley Estatutaria de juventud para el país al cierre del Gobierno de Santos II

Un segundo hito del gobierno Santos II fue la sanción de la Ley Estatutaria 1885 de 2018, en esta se definió al joven como: "toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural, que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía (Ley 1885, 2018)".

La Ley Estatutaria 1885 de 2018 modificó la Ley 1622 de 2013, siendo uno de los cambios principales fue la modificación de los Consejos municipales de Juventud (proponer programas, planes y proyectos) así como la concertación la agenda de las juventudes con los entes gubernamentales, dentro de los Planes de Desarrollo Territoriales. Además, brindó claridad sobre el autorreconocimiento étnico y la visibilización de otros modos de vida, como las juventudes en condición de Víctima del conflicto armado.

Las plataformas fueron en sus inicios escenarios de nivel municipal, local distrital, la Ley 1885 de 2018 estableció que éstas se deberían conformar por departamentos que a su vez conformarían la Plataforma nacional de juventudes así: "por dos delegados, un hombre y una mujer de cada plataforma departamental existente, así como de todas las Plataformas distritales (Ley 1885, art. 60, 2018). La modificación del artículo 60 en la Ley 1885 fue referida en las actas de la sesión de las Plataformas de juventud, generando cambios en la frecuencia de los encuentros, definiendo que el nivel nacional sesionaría dos veces al año y la Plataforma Distrital una vez al mes. Además, se creó la Plataforma departamental de juventudes que se reconoció como un escenario de: "encuentro, articulación, coordinación y concertación de las juventudes, de carácter autónomo asesor" y con representación por género un hombre y una mujer[11]. Por cada ente

[11] Un postura de género nuevamente dicotómica, que omite la diversidad de género de las juventudes.

territorial se creó una plataforma conformada por diferentes procesos y prácticas organizativas y además se establecieron espacios de participación de los y las jóvenes" conforme la Ley 1885, art. 60, 2018.

Con respecto a las juventudes en privación de la libertad, el gobierno Santos II, modificó las narrativas para referirse a las situaciones de seguridad de las juventudes desde la Política criminal, así, gradualmente se disminuyó la referencia de una "delincuencia juvenil" , hacía una denominada "justicia Juvenil", desde esta perspectiva, se presentaron cifras de las tres primeras situaciones de seguridad en las que se vinculaban los jóvenes, en las que estuvieron principalmente el hurto con 39 %, seguido del tráfico, fabricación o porte de estupefacientes con 30 % y finalmente las lesiones personales con 9 %. Además, se refirió las implicaciones en sus modos de vida, indicando que de los jóvenes que se habían judicializado el 21% tuvo como medida de sanción la privación de libertad (ICBF,2014 en DNP,2015, p.455).

Gobierno de Duque pacto por Colombia, pacto por la equidad 2018-2022

En el gobierno Duque se evidenció un retroceso en el reconocimiento de la existencia de múltiples agentes sociales con capacidades omitiendo la perspectiva del curso de vida en la narrativa nacional, permeando inevitablemente la configuración de la política de salud. La narrativa de comprensión del actor juvenil con Duque fue reduccionista y equivocada al declarar en su PND que la categoría niñez incluía grupos de primera infancia, infancia y adolescencia (DNP,2019, p.264). Lo anterior, contrario a la narrativa teórica bajo la que se sustenta la atención en salud.

Esta decisión configuró una narrativa de que toda persona menor de 18 años tenía las mismas taras, oportunidades y desigualdades, evidenciando que el gobierno comprendió a las juventudes desde la " minoría de edad", lo que imprimió una restricción en su capacidad de agencia, su participación y su rol como agente de cambio, por lo que se califica como una imprecisión importante, ya que, afectó en adelante toda la agenda de las juventudes, incluida la de salud, teniendo mayor repercusión en las juventudes entre 18 a 28 años por la diferenciación de mayor de edad y por ende reconocidos como adultos y lo que esto implicaría en términos de agenda en salud, recursos y demás.

Para las personas entre 14 y 28 años Duque propuso una narrativa de “transición armónica de la infancia a la juventud”, diluyendo objetivos, indicadores y recursos. Con respecto a la salud, el gobierno Duque promovió el slogan “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”, con lo que se enfocó en acciones de salud en el campo asistencial, así, la narrativa dominante comprendió la salud como campo de praxis y al titular de derecho como paciente: Duque indicó su interés en un consenso de visión de largo plazo del sistema de salud, centrado en la atención de calidad al paciente, con cobertura universal, sostenible financieramente y acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico del país (DNP,2019, p.291).

Esta agenda de Salud se propuso incentivar la investigación en salud dentro del campo asistencial así: “el Ministerio de Salud propiciará la actualización de los lineamientos para el desarrollo de la investigación clínica, en línea con los más altos estándares éticos y científicos” (DNP,2019, p.308). Dentro de las narrativas se articuló la salud al desarrollo y se estableció la categoría de “la buena salud”, vinculada a la prosperidad y al progreso económico, lo que refuerza una mirada de una salud como servicio y no como derecho.

Se interpretó entonces, que la salud del gobierno Duque fue la salud en el campo de la praxis, la que se operativiza desde la infraestructura del sistema de salud, además, estuvo articulada a narrativas de productividad y de gasto, lo que sugirió una mirada utilitarista de “un servicio de salud” y no del “derecho a la salud”.

Dentro de las problemáticas en salud, Duque, declaró una situación de baja articulación entre los niveles nacional y territorial por lo que la agenda propuso que desde el gobierno nacional a través del Ministerio de salud se “creará un órgano de gobernanza multinivel en salud, que facilitará la articulación del nivel nacional con el territorial” (DNP,2019, p.215). Sin embargo, esta propuesta se omitió durante la planeación estratégica para 2019 y 2022 (INS, 2022).

Es importante reconocer que fue el primer gobierno del nivel nacional que declaró un interés en la formación del talento en salud. Así, considerando la característica polisémica de la salud, es relevante proponer que la salud no solo se operativiza desde un modelo de sistema de salud, en cambio, tiene también una influencia de aquello que

el talento en salud *"hace"* en su práctica laboral, ya que esta sustenta su comprensión de salud y también su comprensión de juventudes. si bien el talento en salud no se aborda en esta investigación, emerge en el análisis, ya que, no se da por hecho que esta comprensión de salud y juventudes fue igual para todos los profesionales vinculados a la agenda de salud nacional. Se propone que pudo haber diferencias dependiendo de la profesión, su nivel de formación (pregrado, especialización), la ciudad o la universidad de la que se egresó, si pertenecían a entidades públicas o privadas, por mencionar algunas y que determinaron unas formas en esa atención de la salud en jóvenes, por lo que se sugiere como una línea de investigación futura.

El gobierno Duque omitió que desde 1993 y hasta el 2016 la conformación de hogar en Colombia presentaba cambios. Así, disminuyeron los hogares con familia nuclear de 65.5% a 59.2% y aquellos con familia ampliada pasando de 26% a 21.7%; mientras que los hogares no familiares aumentaron de 5.8% a 15.6%, al igual que los hogares familiares sin núcleo de 2.7% a 3.5%. Ignorando los datos sobre tipo de hogar, el gobierno Duque propuso una definición de hogar conforme a etapas generacionales (PND, Duque, p.485) como se muestra a continuación:

Tabla 6.Tipificación de Hogares Colombianos en el Gobierno Duque

Tipología del hogar	1993	2003	2014	2016
Pareja joven sin hijos	4,2%	4,0%	4,7%	4,8%
Etapa inicial	17,9%	14,9%	12,7%	12,5%
Etapa de expansión	24%	26%	21%	22%
Etapa de consolidación	36,5%	33,1%	32,5%	30,5%
Etapa de salida	12,6%	14,6%	18,7%	18,6%
Pareja mayor sin hijos	4,7%	6,6%	10,4%	11,1%

Fuente: Transcrito desde PND Duque, p, 485

Bajo esta categorización de hogares se identificó que de la población de juventudes de país, si bien se tuvieron en cuenta los adolescentes, estos solo se comprendieron desde un *rol de hijo*, es decir, no como jefe de hogar. Así, para la *etapa de consolidación* se incluyeron los hogares con personas entre 13 a 18 años y *aquellos hogares en etapa de salida* con hijos mayores de 19 años. Como debilidad se propone que ninguno de los documentos técnicos presentó o refirió los sustentos teóricos o técnicos que dieron origen a dicha categorización.

Lo anterior, refuerza una narrativa de invisibilización reiterativa y limitada de los modos de vida de las juventudes durante el gobierno de Duque. En este gobierno se omitió que en Colombia existían también hogares con jefatura juvenil, es decir, se comprende el rol de las personas entre 14 y 18 años -parte de las juventudes- solo como hijos, pero se olvida que algunos son padres e incluso cabeza de hogar. Se comprendió entonces al adolescente solo como hijo, escolarizado, pero no como un adolescente jefe de hogar o un adolescente no escolarizado, lo que corresponde a una idealización del adolescente que es cuidado, en el marco de una familia tradicional y al que se le garantiza el derecho a la educación. Es importante recalcar que el gobierno Duque sostuvo la narrativa de una juventud incrustada en la niñez, en un proceso de transición, pero no se evidenciaron mecanismos o estrategias del gobierno orientados a favorecer esa *transición*.

El gobierno Duque promovió programas deportivos, de recreación, actividad física y aprovechamiento del tiempo libre, sin embargo, estos no discriminaron acciones concretas para juventudes. Estas acciones se reconocen desde esta investigación como acciones promotoras de la salud física.

Tabla 7.Narrativas de Salud y juventudes en el nivel Nacional entre 2012-2022

Tipo de Narrativa	Salud	Juventudes
Narrativa dominante	El nivel nacional comprendió la salud principalmente como campo de acción institucional y como acciones de gestión del sistema de salud: *aseguramiento*, la cobertura, la eficiencia y la sostenibilidad financiera La salud es un servicio que se gestiona con eficiencia, enfocada en pacientes -enfermedad-, que requiere una infraestructura concreta.	Las juventudes como población en tránsito, vulnerable, violenta dependiente, principalmente Urbana y priorizados desde la minoría de edad, desconociendo las juventudes entre 18 y 28 años, en contraposición a la misma normativa nacional.
Contranarrativa	Salud como proceso social asociado a los modos de vida, priorizaciones limitadas y sin contexto de las necesidades de la región, desarticulación entre los PND y el PDSP 212-2021. La salud asociada a las desigualdades por ende se requieren acciones por fuera del sector sanitario.	Las juventudes como personas entre 14 y 28 años, diversidad sexual, étnica con desafíos y oportunidades determinados por los modos de vida y no como categoría transicional, violenta y homogénea.
Metanarrativa	El gobierno nacional comprendió de forma discursiva a las juventudes como sujetos de derechos y a la salud como derecho fundamental, pero operó estas dos categorías desde lógicas administrativas, por fuera del curso de vida, centrada en lo urbano y con unas necesidades de salud de las juventudes limitadas atendidas en núcleos tradicionales de familia reproduciendo exclusiones estructurales.	
En el periodo evaluado el nivel nacional si bien hubo un avance gradual en comprender la salud más allá de los desenlaces avanzando hacía una mirada de determinantes sociales de la salud, esta, no logró integrarse efectivamente en el campo práctico, en cambio, se mantuvo en una mirada sectorial -el sector salud- por ende la salud de las juventudes se comprendió como la atención de eventos puntuales como aspectos de la salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias, pero no se atendieron las desigualdades sociales que las generaban.		

Fuente. Elaboración propia

Comprensión de la salud y juventudes en el Valle del Cauca 2012-2022

En este apartado se presentan los hallazgos del análisis narrativo de los tres planes de desarrollo departamentales entre 2012 a 2022 en el Valle del Cauca.

Inicialmente contextualizar que el departamento del Valle del Cauca tuvo diferentes gobernadores a cargo entre el periodo 2012-2015, dentro de los políticos que estuvieron en este proceso se reconocen a: Juan Carlos Abadía, Héctor Fabio Useche, Víctor Manuel Salcedo, Francisco Lourido, Aurelio Iragorri Valencia, Adriana Carabalí y finalmente, Ubeimar Delgado, quien fue elegido en segunda vuelta, tras la destitución de Héctor Fabio Useche.

Lo anterior, representó grandes desafíos para la administración del Valle del Cauca en diferentes áreas, incluida la salud. Desde 2010 el hospital Departamental del Valle estuvo intervenido por supuestas nóminas paralelas y por un incumplimiento de implementación del plan de mejoramiento que se había propuesto en el mismo año, por lo cual, se tramitó un proceso administrativo sancionatorio (Contraloría departamental del Valle del Cauca, 2014). Considerando que en la mesa directiva del hospital estaba el gobernador, cada cambio implicó un reproceso de dirección y pausas administrativas incrementando la crisis del hospital. Lo anterior, fue relevante, pues en este periodo de gobierno se estableció el primer Plan Territorial de Salud (PTS) articulado al PDSP, con lo que esta situación pudo influenciar que la política sanitaria departamental no estableciera claramente el enfoque de los determinantes sociales en la salud en su hoja de ruta, por lo menos, como se identificó en los documentos oficiales.

Comprensión departamental de salud y juventudes para 2012-2015
"Vallecaucanos Hagámoslo bien"

En el gobierno de Ubeimar Delgado se identificaron objetivos que promueven una narrativa de desarrollo humano y dentro de los primeros problemas que se plantearon estuvieron: la debilidad en el liderazgo y la desarticulación institucional en los entes territoriales del Valle del Cauca que generaron una afectación en la gobernabilidad territorial. Adicionalmente, se identificaron dificultades en la comunicación entre los

niveles nacional, departamental y distrital, llevando a una baja implementación de los programas de bienestar (Gobernación del Valle del Cauca, 2012, p.2-3). Los lineamientos de política sugieren una posición de defensa de lo público, como se muestra a continuación:

> "Defensa y vocación por lo público. Todas las acciones del gobierno siempre tendrán como meta la defensa de lo público bajo los principios de la eficacia y la eficiencia, especialmente en las áreas de Educación, Salud y Desarrollo Institucional, así como la implementación de mecanismos internos que eviten la mora en el pago de sentencias condenatorias y de conciliaciones extrajudiciales". (Gobernación del Valle del Cauca, 2012, p.2-3)

Desde la perspectiva de este gobierno, la desigualdad social, inequidad y discriminación fueron situaciones indeseables que requerían ser subsanadas, para lo cual se propuso un abordaje desde tres dimensiones: material (acceso bienes servicios), relacional (interacciones sociales/participación) y política (incidencia en decisiones políticas), indicando que estas dimensiones sustentarían el desarrollo social del departamento (Gobernación del Valle del Cauca, 2012, p.6). Para concretar el PTS, el gobierno de Ubeimar Delgado caracterizó la población del Valle del Cauca en siete grupos poblacionales, a saber: 1. Primera infancia, infancia, adolescencia y familia; 2. Juventud; 3. Adulto mayor; 4. Etnias; 5. Equidad de género y diversidad sexual; 6. Discapacidad y 7. Víctimas del conflicto armado.

Imagen 7. Grupos sociales en el gobierno de Ubeimar Delgado 2012-2015



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las juventudes, la segmentación social propuesta en el gobierno departamental de Ubeimar Delgado se alineó a la narrativa nacional de fragmentación en dos grupos: los adolescentes y los mayores de 18 años, siendo el primer grupo comprendido como sujeto social *menor de edad* y por ende, ser una responsabilidad de la familia. Lo anterior, establece una comprensión idealista que dio por hecho que la familia[12] como institución prevalecía en los hogares vallecaucanos.

No obstante, se debe reconocer un visión incluyente en el periodo de Ubeimar, desde el que se identificaron ejercicios de caracterización de la población en situación de desplazamiento forzado, realizado desde un análisis espacial de vecindad y con el que se declaró que el departamento recibía mayor número de desplazados de los que expulsaba. Así, entre 2000 y 2013 el departamento expulsó a 274.845 personas, mientras que recibió a 353.259 personas (Gobernación del Valle del Cauca, 2014). Si bien, en este ejercicio se indicó que la recepción de personas desplazadas provenía de departamentos como Nariño y Cauca (por la relación con corredores de narcotráfico y minería ilegal), y que las ciudades más comprometidas fueron principalmente Buenaventura (57.5%), Cali (4.7%), Tuluá (5.8%) y Jamundí (2.8%), no se discriminó el curso de vida de las personas desplazadas y por ende no se contó con cifras concretas sobre juventudes (Gobernación del Valle del Cauca, 2014, p.10). Lo anterior, corresponde a una falta importante si se sabe que la agenda de jóvenes en el departamento avanzaba desde la creación de la Plataforma Departamental de Juventud desde el año 2009 y que la definió como:

> Instancia que tiene como objeto integrar las diferentes expresiones y organizaciones juveniles de carácter departamental. Para ello se reconocerán las organizaciones que su trabajo con, por y para la juventud incidan notablemente en la región, hacia la concreción de planes, programas y proyectos del nivel global, sectorial y territorial del departamento para el logro de un resultado integral en pro de la juventud. (Ordenanza 286 [13], 2009, p.3)

[12] Similar a la visión de los gobiernos a nivel nacional.
[13] Para este momento la política pública Departamental de Juventud no declaró quienes eran los jóvenes desde una perspectiva biológica o etarea, en cambio describe las juventudes como: amplio sector poblacional del Departamento, con múltiples capacidades y potencialidades o desde la organización juvenil y tampoco presenta un plan de acción con actores y asignación económica para su implementación y que actualizaría solo hasta el 22 de septiembre de 2021.

Además, con esta ordenanza se creó el sistema Departamental de juventud, entendido como:

> un conjunto de instituciones, dependencias, organizaciones, grupos, movimientos de la sociedad civil y personas del sector público y privado que realizan trabajo con las y los jóvenes y en pro de la juventud, cuyo propósito es generar una articulación en la definición y desarrollo de las Políticas Públicas de Juventud en los términos de la Ley de Juventud. (Ordenanza 286, 2009, art.2, p.1)

Dentro de este sistema se identificaron actores gubernamentales del sector salud, y además el compromiso de la creación del Observatorio Departamental de Infancia, Adolescencia y Juventud:

> como escenario en donde se interpretará de manera analítica las diversas fuentes de información que refieran a la población juvenil, logrando no sólo poder consolidar e implementar la Política Pública Departamental de Juventud en el Valle del Cauca, sino también, convertirse en una propia fuente de información sobre la situación de este sector poblacional. En este sentido, tendrá como objeto crear una instancia de información e investigación, y servir como fuente informativa sobre las Políticas Públicas relacionadas con los jóvenes del Valle del Cauca (Ordenanza 286, 2009, p.4). Este Observatorio estaría integrado por: 1. El Comité Técnico Departamental de Juventud; 2. Universidades y centros de investigación públicos y privados; 3. Entidades públicas interesadas en el tema; 4. La gobernación del Valle del Cauca y 5. Las alcaldías municipales.

El reconocimiento de estos antecedentes es relevante, en la medida en que sugiere que la política de juventud -incluido el componente de salud-, no contaba con datos de las realidades de las juventudes vallecaucanas, pues se desconocían sus modos de vida, necesidades y por ende los mecanismos requeridos para tramitarlos. Hasta la fecha de esta investigación el observatorio mencionado no fue creado. Este observatorio se mencionó como *proyecto a futuro* de forma recurrente en diferentes documentos departamentales del periodo analizado, sin embargo, ni en el análisis documental, ni en

las entrevistas realizadas se encontró información de su creación, ni tampoco hay indicios de su funcionamiento, por ende, se afirma que esta política de juventud, fue instrumental y de desarrollo documental[14], pero además que se configuró en el aire, sin evidencia concreta de las necesidades de los jóvenes, incluidas las necesidades en salud.

Así, aunque para 2012 ya se contaba con el sistema departamental de juventud y con el PTS 2012-2015, este último desagregó acciones por la primera Infancia, adolescencia y adultos mayores y no se identificaron acciones concretas para las juventudes entre 18 y 28 años. Esta omisión se puede interpretar como una comprensión de las juventudes como actor social excluido, pero nuevamente como en el nivel nacional, evidencia una desarticulación entre políticas, con desafíos importantes en el acoplamiento transectorial, lo que genera una producción de políticas fraccionada y limitada a cada área del conocimiento (salud, educación etc.), algo que fue recurrente en el análisis documental entre el primer cuatrienio de análisis en todos los niveles de gobierno.

Desde esta realidad, hay que considerar una situación de hecho, reconociendo que fue muy importante que existiera en su momento un documento de política pública (como primer paso), pero que nos aporta información relevante, relacionada con que la existencia de un documento de política es insuficiente para garantizar el beneficio de los jóvenes como titulares de derecho, ya que estos pueden no tener estrategias y acciones ajustadas metodológica y temporalmente a sus modos de vida. Por lo anterior, se afirma que, además de disponer de dichas políticas (un plan de acción y financiamiento etc.), es *determinante* la gestión de un proceso articulador entre políticas territoriales disponibles, para este caso, reconocimiento y vinculación de la política de juventud local como insumo parcial en la configuración de la política de salud territorial. Además, refuerza la afirmación propuesta de que *sin datos*, las políticas públicas son inoperantes, o se operacionalizan en abstracto.

[14] Un avance importante pero insuficiente.

Primer política de salud territorial 2012-2015en el marco del PDSP

Inicialmente hay que declarar que este Plan Territorial de Salud 2012-2015 consideró las juventudes como adolescentes, pero tanto las estrategias como las acciones para sus necesidades estuvieron dirigidas principalmente para la infancia. Es decir, infante y adolescente se equipararon como grupo social con mismas necesidades y por ende desde los mismo abordajes, mientras que a las juventudes entre 18 y 26 años, se les comprendió como adultos jóvenes, que si bien corresponde una forma de denominarlos por la situación de mayoría de edad, los descontextualizó como actores juveniles y les tramitó las necesidades de salud por mecanismos diferentes. Así, las acciones nuevamente estuvieron fragmentadas para el grupo poblacional, aun cuando el país ya contaba con la Política Nacional de Juventud denominada *Bases para el Plan decenal de Juventud 2005-2015,* generado desde el programa presidencial[15] *Colombia Joven país en movimiento* y que dentro de la caracterización sociodemográfica se sustentó en la Ley 375 de 1997 que para entonces consideraba las juventudes entre 14 y 26 años[16].

Esto refuerza la narrativa de desarticulación entre las Políticas de juventudes y las políticas de salud dentro de las que se deben agenciar las situaciones problemáticas de las juventudes. Con este panorama, se declara la desarticulación entre políticas, marcada por una atemporalidad externa de las políticas, es decir, al momento de la configuración de la política de salud el foco estuvo en la atención sanitaria omitiendo las declaraciones disponibles en la política pública de juventudes y por ende afectado la comprensión de los jóvenes, porque esa comprensión es diferente para el sector sanitario (como paciente) y en otros sectores de la política social (como titular de derechos).

Además de entender al actor juvenil y a la salud como concepto polisémico, se debe entender también la comprensión del territorio desde una mirada de análisis de política pública y más de narrativas. Para el 2012 el departamento del Valle del Cauca sectorizó la red de prestadores de Salud en cinco áreas geográficas a saber: norte, centro Tuluá, centro Buga, suroriente y sur occidente. El Suroccidente además hizo parte de un paraguas más grande enmarcado en la Ley 1617 de 2013, en la que se determinó que

[15] El director del Programa fue Nicolas Uribe Rueda, Bogotano, egresado del Gimnasio moderno y abogado de la Universidad de los Andes (instituciones élites de la ciudad) y Consejero Presidencial para la Juventud en El Gobierno de Uribe I con 25 años de edad para entonces.
[16] Dos años menos que la actual política de juventud que incluye personas entre 14 y 28 años.

“el área geográfica Pacifico dejó de ser parte de la red de salud del departamento del Valle del Cauca”, pero el departamento continuaría atendiendo la salud de la población del Distrito de Buenaventura, situación que pudo influir en las cifras de atención y de carga de la enfermedad discriminadas para el Valle del Cauca, sin Buenaventura. Así, los factores que determinaron los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones atendidas en el PTS del Valle correspondían a situaciones producidas en contextos geográficos y territoriales diferentes y planeados para atenderse en Buenaventura. Esto implica que al no documentarse la atención en el lugar que reproducía la situación de enfermedad, las propuestas de priorización de problemáticas en salud en estos territorios y el análisis de sus determinantes sociales en salud pudieron estar subestimados, afectando la agenda en salud desde la perspectiva de DSS.

Es decir, no siempre la priorización se hizo en los territorios en los que habitaban las personas atendidas y reportadas en los Análisis de Situación en Salud (ASIS), particularmente en el Valle del Cauca, que por ejemplo, para el año 2023 se categorizó como el mayor receptor de víctimas de desplazamiento, en su mayoría provenientes de Buenaventura 65.2%, (Unidad de víctimas, 2023, p.19). Es de interés reconocer que este último dato se debe reconstruir temporalmente, ya que para 2012-2015 la *condición de víctimas y sus atenciones* no eran categorías de interés, ya que estas se introdujeron y posicionaron posteriormente con las narrativas de paz del gobierno Santos I y II.

Gobierno Departamental “el Valle está en voz” 2016-2019

Para este periodo la Gobernadora fue la Dra. Dilian Francisca Toro Torres y como Secretaria Departamental de Salud estuvo la Dra. María Cristina Lesmes Duque. Este gobierno posicionó la narrativa de Desarrollo humano y evidenció más frecuentemente el reconocimiento de las desigualdades que lo afectan.

Si bien los ASIS se empezaron a elaborar antes del año 2012 en el país, con la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 los datos obtenidos en el departamento apenas se tomaron en cuenta para problematizar la salud en el PDD del gobierno de Dilian Toro y para esa fecha se conocían como Análisis de Situación de Salud con el Modelo DSS, para este periodo con más articulación de las situaciones

sociales que estaban relacionadas con los desenlaces en salud y con el reconocimiento de la existencia de unas Trampas de pobreza como generadoras de desigualdades sociales y por ende determinantes de la salud (Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p.8).

Perspectiva de Entornos: el entorno escolar como aliado para la agenda de salud en el gobierno de Dilian Francisca Toro

La perspectiva de Entornos promovida desde el PDSP desde el 2012 y la sancionada Ley 1355 de 2009 constituyeron un marco normativo relevante para que las instancias territoriales apliquen acciones en los diferentes entornos en los que transitaba la vida de las poblaciones, pero fue apenas en el gobierno de Dilian Francisca Toro que la agenda en salud para juventudes del Valle del Cauca se instaló claramente en el entorno escolar.

Por su parte, la Ley 1355 de 2009 en su artículo 11 indicó la importancia de regular los alimentos en los centros educativos públicos y privados, para lo cual, era necesario implementar estrategias que propiciaran ambientes escolares con alimentación balanceada y saludable, actividad física, recreación, deporte, advirtiendo los riesgos del sedentarismo y las adicciones, sustentados en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS).Previamente el PDSP 2012-2021 había estructurado los principios rectores de política y acciones fundamentales para la intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social de los colombianos (Minisalud, 2013, p.29),dentro de los que estaba el entorno escolar, y que se abordó directamente en el gobierno de Dilian Francisca Toro por lo que se declaró como una agenda central jóvenes, pero sólo para aquellos escolarizados.

Comprensión de la salud y juventud en el Valle del Cauca entre 2016-2019

La política pública de juventud del Valle del Cauca disponible desde 2009 y con siete años de desarrollo requería un proceso de actualización, pero esta necesidad no fue reconocida directamente en los documentos del gobierno de Dilian Francisca Toro, su Plan de Desarrollo incorporó una línea de acción denominada primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, alineada con la perspectiva de curso de vida del PDSP y articulada con la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

1,10 y 15, adoptada en 2015. Un supuesto explicativo de esta articulación entre PDSP y Plan de Desarrollo Departamental (PDD), radica en que, para dicho periodo, el PDSP contaba con tres años de trayectoria y reconocimiento a nivel nacional, producto tanto de los procesos de asistencia técnica del nivel nacional hacia el departamental, como de las responsabilidades asignadas por la normativa a los entes territoriales. A esto se sumó, como condición favorable, el interés de la gobernadora del departamento por el sistema de salud, así como su formación de médico y especialista, en tanto actor central de la gestión departamental de la salud. Cuando se habla de intereses no se desconoce que sus intervenciones también fueron y han sido fuertemente cuestionadas por actores del territorio, así como en otros casos respaldadas, pero se pretende relacionar que la agenda de salud fue de interés de la gobernadora y esto tuvo implicaciones en avanzar en el reconocimiento de las necesidades de armonización de las directrices nacionales con las departamentales en sus PTS.

El enfoque étnico en el gobierno departamental 2016-2019

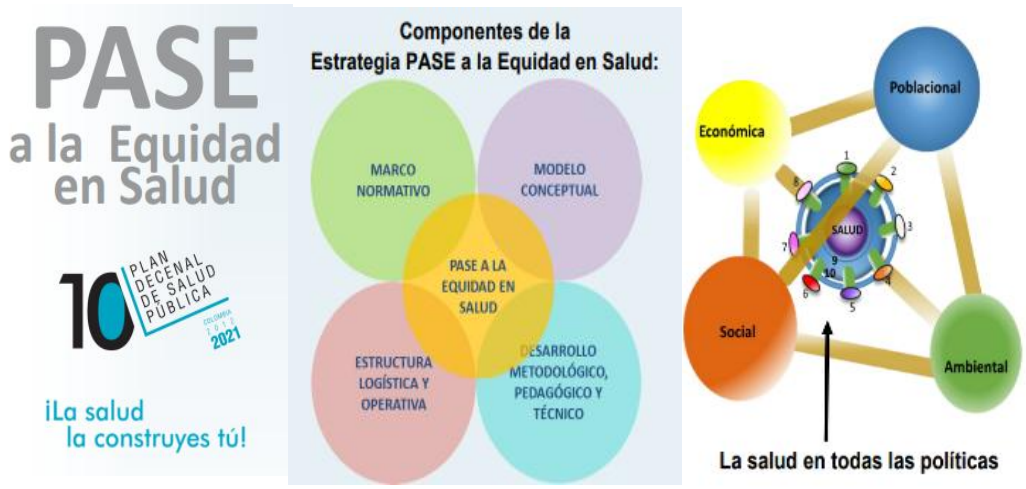
Desde la visión del PDSP 2012-2021, el enfoque étnico representó un hito de reconocimiento y garantía de derechos para las comunidades étnicas nacionales y departamentales. Así, este fue más articulado a la perspectiva de entornos y desde la teoría de los determinantes sociales de la salud del PDSP, pero omitiendo el enfoque de curso de vida, ya que la secretaría de asuntos étnicos refirió que el PDD contempló acciones en: salud, educación, vivienda, entre otras áreas, que favorecían la intervención integral para la población afro y el mejoramiento de su calidad de vida (Gobernación del Valle de Cauca, 2016,). Así, por lo menos en la planeación del gobierno de Dilian Toro se identificó una mayor articulación entre la política sanitaria nacional y departamental descritos en el Plan de Desarrollo Departamental, esto presente en dos módulos étnicos uno afro y otro indígena y si bien se identificaron proyectos para población entre 14 y 28 años, estos se centraron en población escolarizada, lo que debe reconocerse como oportunidad para aquellos jóvenes vinculados al entorno escolar, pero también representa una estrategia excluyente para juventudes vallecaucanas por fuera del sistema educativo, que usualmente son aquellas en la que la trayectoria juvenil transita: entre la ruralidad, la condición de calle, el desplazamiento o la situación de migración.

Las juventudes en el Plan Territorial de Salud del Valle del Cauca 2016-2019

En esta segunda versión del Plan Territorial de Salud (PTS) se identificaron narrativas documentales con mayor capacidad técnica territorial, se identificó una planeación de la salud desagregada en las Dimensiones del PDSP y establecida desde la metodología estrategia PASE a la Equidad, ya que ésta fue la metodología con la que el nivel nacional se propuso brindar los elementos conceptuales, normativos, metodológicos, pedagógicos, técnicos y operativos a las entidades territoriales, de modo que estos sustentaran adecuadamente la configuración de los PTS, en función de los objetivos estratégicos propuestos en el PDSP 2012-2022 (MinSalud, 2016).

La Estrategia se desarrolló con base en las deficiencias identificadas en la comprensión de la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud en el primer trienio del PDSP, incluso, los equipos técnicos del sector salud tuvieron desafíos en la articulación con otros sectores, quienes debían tributar (acciones y metas) que tradicionalmente asumía el sector salud, por lo que la Estrategia PASE a la Equidad en Salud buscó: "fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de PTS, que estuvieran articulados con sus planes y políticas de desarrollo (MinSalud, 2015, p.2), por lo cual se promovió en material educativo dirigido a los actores institucionales de los entes territoriales como se muestra a continuación:

Imagen 8. Estrategia pase a la Equidad 2015 MINSALUD



Fuente. Tomado y adaptado de plegable Pase a la Equidad, MINSALUD 2015

Así, desde esta nueva forma de tramitar la necesidad de articulación y la directriz de "salud en todas las políticas", el departamento debería empezar a pensarse la salud en las políticas disponibles previamente, sin embargo esto no se dio de forma instantánea, pero se identificó con más claridad en las narrativas del PTS y su visión:

> A 2025 la población del Valle del Cauca ha alcanzado óptimos niveles de salud y bienestar con entornos y ambientes seguros y saludables, resultado de la afectación positiva de los determinantes sociales, el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria fortalecida y reduciendo las inequidades en salud, mediante la acción coordinada sectorial, transectorial y con participación y decisión comunitaria. (Secretaría Departamental de Salud 2016, p.24)

Como objetivos estratégicos, en el PTS, se identificó una mayor comprensión de las acciones transectoriales para impactar los desenlaces en salud, así por ejemplo, se presentaron objetivos relacionados con la salud ambiental: "lograr que el 100% de las entidades territoriales cuenten con un plan de gestión integral de respuesta a las amenazas de riesgos naturales y antrópicos y del ambiente" (Secretaría Departamental de Salud 2016, p.26).

Se reconoce además, la aplicación del enfoque de entornos para dar cuenta de las características del hogar y su relación con la salud, con preguntas como: ¿dónde se está viviendo?, ¿cómo ese espacio determina el alcance de una vida saludable?, ¿dónde se están produciendo estos procesos de enfermedad?, estas inquietudes se registraron en la narrativa del departamento como compromisos del PTS, como se muestra a continuación: "mejorar las condiciones sanitarias y del hábitat de las viviendas rurales y urbanas en condiciones de marginalidad y de sus zonas recreativas y deportivas como espacio para una vida saludable" (Secretaría Departamental de Salud 2016, p.37).

Además, en los objetivos de este PTS se identificó una mejor articulación con la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, con narrativas que vinculaban la morbilidad, mortalidad y discapacidad con estrategias y acciones para abordar el desempleo y además se identificó la violencia como un determinante de la carga de la enfermedad, como se ve a continuación en los objetivos estratégicos:

> Reducir índices de morbilidad, mortalidad y discapacidad, generados por vectores, inadecuada alimentación, alteraciones mentales producto de la convivencia familiar y enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida. (Sec.Dep. Salud, 2016)
>
> Disminuir índices de desempleo con énfasis en la población más vulnerable del departamento. (Sec. Dep. de Salud, 2016)
>
> Disminuir la carga de enfermedad relacionada con la violencia, en el departamento del Valle del Cauca. (Secretaría Departamental de Salud, 2016).

Así, los objetivos propuestos para este PTS incluyeron narrativas de reconocimiento de la salud como un resultado de interacciones del componente social como lo estipula la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud y que no se evidenció en el PTS 2012-2015, con lo que se presume que para este periodo hubo una mayor comprensión del enfoque del PDSP con respecto al abordaje de las desigualdades en salud en el nivel departamental.

Conforme las proyecciones del DANE la población entre 14 y 26 años[17] para el 2015 representó el 22% del total del país. Las juventudes fueron el segundo grupo poblacional con más personas después de la adultez con 61% (Sec.Dep. Salud, 2016, p.14). Además, reportó una disminución en la población infantil y de juventudes (1% en comparación con 2010) relacionado con las bajas de los nacimientos a nivel nacional y departamental en contraste con los datos reportados para el periodo 2000 y 2015 y que llevó al departamento a considerar, que los servicios dirigidos a estos titulares de derecho se debían reajustar como se muestra a continuación:

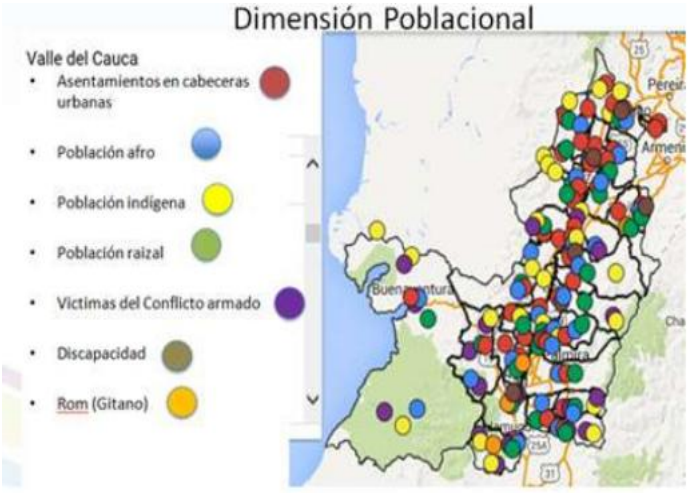
> Se observa una disminución de la población menor de 15 años, de acuerdo con la disminución de las tasas de natalidad, y un leve aumento de la población mayor de 60 años (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.13) […] esto sugiere una carga menor de los servicios sociales en este grupo poblacional y revisar la inversión en los grupos (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.13);

[17] No se aplicó el corte de edad de la Ley Estatutaria que refería 14 a 28 años

los grupos de menores de 1 año, de 5 a 14 y 15 a 24,14 presentan una tendencia a la disminución, los demás grupos presentan mayor estabilidad (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.13-14)

Con respecto a los modos de vida, el 86% de los vallecaucanos[18] vivía en los centros urbanos y cabeceras municipales, mientras que el 14% se ubicó en otros centros poblados y en la zona rural (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.14). Además, se identificó una caracterización desagregada por etnia, población en condición de víctima del conflicto armado y población en condición de discapacidad, evidenciando que a nivel departamental hubo una ampliación de la forma tradicional en la que se habían entendido las comunidades y que el PDSP pretendió modificar, como se muestra a continuación:

Imagen 9. Georeferenciación de Población por grupos étnicos del departamento



Fuente. Tomado de Plan Territorial de Salud 2016-2019

A nivel departamental, los modos de vida de las juventudes fueron diferentes conforme se contaba con disponibilidad y acceso a los espacios culturales y deportivos, pero estos se centraron para el periodo analizado en la capital del departamento, Cali.

Con respecto a los determinantes económicos el gobierno de Dilian Francisca Toro articuló narrativas de salud alimentaria y esto constituye una mirada de interés, pues ubicó la agenda de la seguridad alimentaria y nutricional sobre los modelos de producción

[18] no desagregan por juventudes

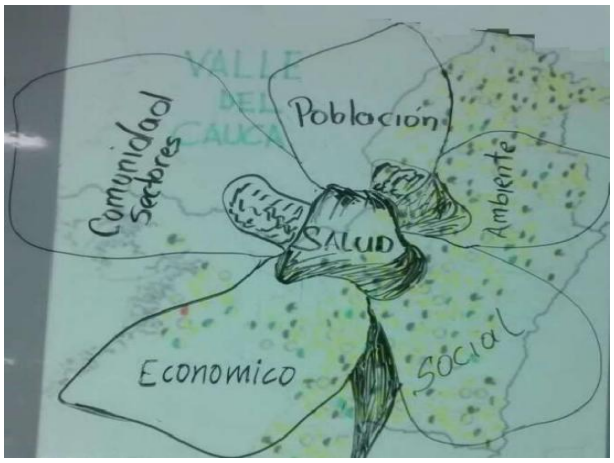
y las definiciones económicas frente al uso del suelo, lo que permitiría trazar una mirada sistémica de la salud alimentaria, cuando se comprende que ésta se determina por decisiones de orden político o económico, como lo fue la priorización de producción de "maderables, caña de azúcar y pastos, en detrimento de los productos de pan coger" y sus efectos sobre la producción de alimentos en el departamento. Esta postura fue contraria al reconocimiento de la dependencia alimentaria del Valle del Cauca, que para este momento, importaba aproximadamente el 80% de los alimentos que consumían las familias -alimentos que vienen del exterior del país y de otros departamentos- (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.26). Si bien estas narrativas de salud alimentaria estaban en los documentos institucionales y revelan un reconocimiento de la problemática de monocultivo sobre el medio ambiente-salud ambiental-, los recursos, el modelo de empleo y demás, no quiere decir que el gobierno de Dilian Toro tomó acciones concretas para modificar esta realidad, sin embargo, se reconoce que poner en discusión esta realidad en los documentos oficiales posiciona la situación problemática vinculada a la salud, que sería más invisible si se omitiera.

Ahora bien, fue un desacierto proponer que el problema de la agenda alimentaria estuvo centrado en la pérdida de la vocación agrícola por parte de los pequeños propietarios de la tierra (Secretaría Departamental de Salud 2016, p.27), ya que ignoró los aspectos económicos y sociales relacionados a la propiedad y el uso de la tierra del departamento, las implicaciones de los grandes ingenios azucareros y sus efectos sobre el desplazamiento de cultivos diversos desde lógicas de monocultivo, que se sabe afectan el medio ambiente principalmente los recursos hídricos, concentran la tierra y el poder y por ende determinan los productos que se cultivan y aquellos que se deben descontinuar, una realidad que se mantiene en la actualidad.

Con respecto a la metodología aplicada para este periodo de gobierno en función de armonizar el PDSP 2012-2021 con el PTS del Valle del Cauca, este proceso se realizó como se mencionó anteriormente con la metodología Pase a la Equidad en la que se estableció el ejercicio de Metáforas. Así, las metáforas representaban la configuración deseada en salud para los territorios y el Valle del Cauca definió su metáfora como una Orquídea. Esta metáfora se fundamentó en la acción sectorial, transectorial y comunitaria

(Pétalos de la orquídea) para que la población del Valle del Cauca al 2021 gozara de los mejores estándares de salud (Núcleo de la orquídea). (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.49)

Imagen 10. Orquídea como metáfora de Salud PTS 2016-2019



Fuente: metáfora de la Orquídea PTS 2016-2019. P.50

Conforme la propuesta de tensiones en salud establecida a nivel nacional, el Valle del Cauca declaró un total de 27 priorizadas así:

- ✓ Salud Ambiental. 1 problema: Calidad del aire
- ✓ Vida saludable y condiciones no transmisibles. 6 problemas: alta tasa de mortalidad enfermedades isquémicas del corazón; tumor de próstata; enfermedades cerebrovasculares; morbilidad por condiciones orales; Alta Prevalencia de enfermedad renal crónica; tumores malignos entre 1 a 4 años.
- ✓ Convivencia Social y Salud mental. 5 problemas: situación de desplazamiento, expulsiones y recepciones; Altas tasas de muertes por homicidio en hombres, por accidente terrestre; alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales; Bajo promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilegales.
- ✓ Seguridad alimentaria y nutricional. 3 Problemas: Anemia, desnutrición Enfocada a población de Primera Infancia.
- ✓ Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos[19]. 3 Problemas: Lactancia materna, tumor de cuello uterino, afecciones del periodo perinatal.

[19] Esta agenda no identifica como tensiones los problemas priorizados para juventudes.

- ✓ Vida saludable y enfermedades transmisibles. 4 Problemas: Enfermedades infecciones y anemia en menores de cinco años
- ✓ Salud pública en emergencias y desastres. 2 Problemas: Fenómeno del niño y el calentamiento global y enfermedades emergentes -chikunguña-.
- ✓ Salud y ámbito laboral. Hogares con empleo informal
- ✓ Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables. 1 problema: Situación de Discapacidad física en sexo masculino
- ✓ Dimensión transversal. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. 2 problemas (PTS 2016-2019 p. 48).

Las tensiones con mayor puntuación y priorizadas fueron: Salud ambiental-componente de hábitat saludable-, las dimensiones vida saludable y enfermedades transmisibles en el componente enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, la dimensión de poblaciones vulnerables en el componente salud en población étnica, la dimensión de SAN en el componente de consumo y aprovechamiento biológico de alimentos y la dimensión transversal fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud. Adicionalmente, el departamento se propuso disminuir índices de desempleo focalizado en la población más vulnerable del departamento en las que se incluyen las juventudes.

De igual forma, con respecto a la agenda en salud departamental en el PTS y comprendiendo la salud desde la praxis, las narrativas identificadas estuvieron relacionadas con las dificultades reportadas desde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) sobre el manejo del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), también se reportó como problema el proceso de definición de indicadores, así como las barreras en el diligenciamiento de herramientas de monitoreo como la CEO, que fue asignada en su momento por el Ministerio de Salud y Protección Social para cumplir con el PTS. Esto indica que la política sanitaria a nivel nacional y departamental presentó dificultades con la medición (indicadores), por los actores -operadores- vinculados al PTS y por ende, desafíos en el monitoreo y evaluación en tiempo real de la situación de salud de la población en general, más complejo en el tema de juventud que presenta históricamente debilidades en caracterización de necesidades, priorización, diseño de indicadores y por ende monitoreo.

Esta situación se debe entender como una limitación y es necesario considerarla para el ajuste del PTS en armonía con las perspectivas de la atención e innovación en salud, por las características de la información que provee (para el caso de las juventudes incompleta) afectando en el análisis el reconocimiento de la agenda emergente en salud y más con respecto a la población juvenil.

Objetivos estratégicos y desafíos relacionados con juventudes segundo PTS

Si bien, el departamento reconoció en su plan de desarrollo la perspectiva del curso de vida para el abordaje en salud, las narrativas documentales del PTS continuaron posicionadas desde la perspectiva de ciclo vital, aun cuando el Ministerio de Salud en 2015 había generado la postura con respecto a esto, así:

> "El enfoque de curso de vida, constituye un salto cualitativo, respecto al ciclo vital, pues abarca la totalidad del ciclo vital, y además "(…) reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la vida, "en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida" (Barker, 1998; citado por Schutz), impactando en las trayectorias de vida de los sujetos. El ciclo vital, se refiere al desarrollo por etapas -idea lineal del proceso-, en contraste con la visión del enfoque de curso de vida que asume el desarrollo como un proceso vital que se construye a lo largo de la vida, incide tanto en la vida de los sujetos [20] desde la que se requiere vincular conceptos claves como trayectoria, transición, momentos significativos o sucesos vitales, ventana de oportunidad y efectos acumulativos. (MinSalud, 2015)

Lo anterior, propone nuevamente que los modelos teóricos, o enfoques propuestos para sustentar la comprensión de los problemas de salud a nivel nacional, no siempre fueron comprendidos ni operacionalizados en otros niveles de gobierno, reiterando la atemporalidad interna de la política, en este caso la política sanitaria, que bien sucede en el nivel nacional pero que toma otros tiempos en los demás niveles de gobierno.

[20] incluida las juventudes

Es importante considerar que si bien hubo narrativas de salud mental, etnia y otras situaciones en las que se desarrolla la trayectoria juvenil, aún fueron muy superficiales en este periodo de gobierno, es decir son mencionadas superficialmente pero no se desarrolla una agenda para estas. Así, se indica que no se contemplaron las necesidades en población joven con modos de vida en la ruralidad, condición de calle, migración o en condición de privación de la libertad, lo que refuerza la idea de que las políticas de salud comprendieron a las juventudes como: escolarizadas, urbanas y con redes de apoyo seguro (familia), y en general fue como se comprendió el colectivo de juventudes para este periodo y nivel de gobierno.

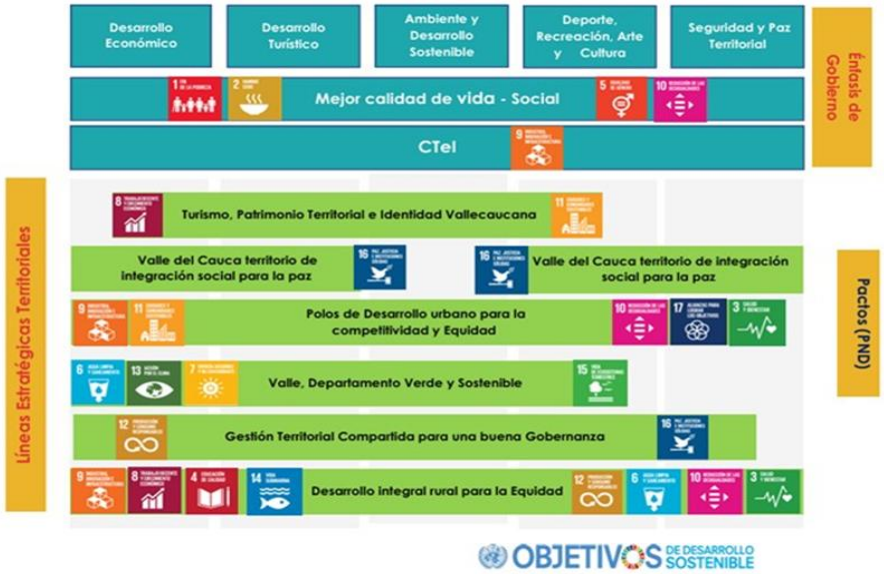
Comprensión de salud y juventud en el Valle Invencible 2020-2023

Clara Luz Roldán inició su gobierno el primero de enero de 2020 cuando el mundo apenas empezaba a experimentar la pandemia por SARS-CoV-2. Clara Roldán fue directora de Indervalle en el gobierno de Dilian Francisca Toro, momento en el que se inició una investigación por presunto lavado de activos y que fue cerrada por la Fiscalía de Néstor Humberto Martínez Neira en 2018.

Roldán focalizo su agenda en el nicho del deporte, consecuente con su vínculo con Indervalle. La agenda deportiva fue la estrategia para posicionar el departamento, en la industria deportiva, sin embargo, estas acciones generaron críticas de los detractores relacionándolo con la concentración de votos (la Silla Vacía, 2021). Roldán fue directora de Coldeportes en el gobierno de Juan Manuel Santos (Mindeporte, 2016), su trayectoria y con el apoyo político de Dilian Toro, asumió la gobernación del Valle durante la pandemia por COVID, con circunstancias de orden social y político relacionados con el paro nacional del 21N y la inconformidad por el confinamiento durante el COVID, y las implicaciones en los modos de vida de las juventudes.

Roldán armonizó su PDD con el nivel nacional desde la modalidad de pactos. Así, refirió que estos eran los compromisos para el cumplimiento del Programa de Gobierno departamental, con enfoque territorial, garantizando los derechos poblacionales con intervenciones específicas por subregión con miras a un progreso más equitativo enfatizando en las microrregiones (Gobernación del Valle del Cauca 2020, p.33)

Imagen 11. Líneas estratégicas territoriales y articulación con la agenda nacional y los ODS PDD2020-2023



Fuente. Tomado y apartado de Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 p.21

El gobierno de Roldán inició con un coeficiente de Gini de 0,468 puntos en 2018 para el departamento, en contraste con la cifra nacional de 0,517 puntos (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.37) y con un índice de pobreza multidimensional-IPM- de 13.6% (DANE,2019). Adicionalmente, se identificaron barreras de acceso a los servicios de salud que superan las cifras nacionales y que fue opuesto a los intereses de la gobernación, que tuvo la idea de transformar al departamento como pionero en turismo en salud.

Con esta situación se referenció que las barreras de acceso a servicios de salud fue de 6,5% en Valle del Cauca superando el nivel nacional que fue de 6,2%, lo que implicó tensiones para un departamento que buscó posicionarse como pionero con el turismo de salud .-para extranjeros- , pero que presentaba debilidades para atender la salud pública local en un departamento con un índice de pobreza multidimensional de 13,6% que es alta incluso aunque se referencie que tuvo una disminución considerable (Gobernación del Valle del Cauca, 2020,p.36).

En el periodo de Roldán se identificó la comprensión de los adolescentes desde una narrativa de oportunidad para el desarrollo integral y la transformación estructural del departamento y la juventud como un momento de transición en la vida desde los

itinerarios vinculados al entorno educativo hasta el proceso de producción de recursos económicos propios, aunque se reconoció que en realidad en algunos casos se sacrificaba la educación para poder sobrevivir (Gobernación del Valle del Cauca 2020, p.37). Para este momento, en el departamento, la mitad de los adolescentes de la ruralidad se encontraban en situación de pobreza multidimensional, debido a la falta de ofertas y de oportunidades, lo que afectaba la construcción de sus proyectos de vida, mientras que las juventudes urbanas contaron con una mayor oferta institucional, pero afectadas por situaciones de violencia y el consumo de sustancias psicoactivas (Gobernación del Valle del Cauca 2020, p.37) con las que se afectaba en ambos casos su experiencia juvenil.

Participación: juventudes en la definición del Plan de Desarrollo de Clara Roldán

Con respecto a la vinculación de las juventudes como actores relevantes en la definición de acciones para el departamento del Valle del Cauca, se identificó una vinculación de los jóvenes pero nuevamente una prelación por la voz del segmento adolescente -menor de edad- que estuvo articulado a espacios con infancia, no obstante es una acción relevante pues los adolescentes -antes comprendidos como menores de edad con baja capacidad de agencia- empezaron a visibilizarse como actores que aportaron en la construcción de herramientas de gestión pública como: planes de desarrollo, políticas públicas y diagnósticos situacionales, entre otros (Gobernación del Valle del Cauca 2020, p.5).

Así, en el gobierno de Roldán se realizaron dieciséis (16) mesas poblacionales, dentro de las que se resaltan once: la mesa de Infancia y Adolescencia (44 participantes); mesa de niños, niñas y adolescentes 87 (participantes); mesa de víctimas (20 personas); la inclusión de la agenda de diversidad con la mesa LGTBQ (84 personas); mesa mujer 156; mesa de discapacidad 71; mesa de Reincorporados 36; mesa de líderes y gestores de paz 20; mesa de estudiantes de pregrado 15; mesa indígena -con la mayor participación 175 personas-; y mesa AFRO con 44 asistentes. (Gobernación del Valle del Cauca 2020, p.5). Si bien, en estas últimas mesas no se discriminaron los cursos de vida que participaron, este paso constituyó un gran avance pues reconoció la

multiplicidad de actores representantes de las diferentes situaciones, así como los modos de vida en los que transitaba la experiencia juvenil en el departamento y no solo las narrativas de la población escolarizada, urbana y con el modelo de familia tradicional.

Además, se identificó un mayor detalle de la aplicación de los resultados de los ASIS departamentales, conforme la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, pues en este apartado se caracterizaron las necesidades básicas insatisfechas, desagregadas por zona urbana y rural, permitiendo visibilizar la brecha y las desigualdades en las que la población rural desarrollaba sus modos de vida, en los que las dificultades experimentadas por las juventudes fueron el doble (11.83%) de aquellas en contextos urbanos (5.23%). (Secretaría Departamental de Salud, 2020).

Este PTS retomó la metáfora de la *Orquídea*, dando continuidad a la agenda en salud departamental, fundamentada en la acción sectorial, transectorial y comunitaria (Pétalos de la orquídea), para que la población del Valle del Cauca a 2021 gozará de los mejores estándares de salud (Núcleo de la orquídea). Para conseguirlo, el departamento se comprometió con el fortalecimiento de la *autoridad sanitaria* para garantizar el derecho a la salud, el aseguramiento universal y la prestación de servicios con calidad para la población vallecaucana. (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.63).

Así, al impactar los Determinantes Sociales de la Salud con la coordinación transectorial se mejoraría la estructura vial, el servicio de acueducto, alcantarillado y plantas de tratamiento de aguas residuales (PTAR), en las zonas urbanas del Valle del Cauca; la infraestructura deportiva; el desarrollo tecnológico avanzado para la atención de salud el departamento del Valle como Clúster de salud y belleza o turismo en salud; la implementación de un modelo de prestación de servicios de saneamiento ambiental único a nivel nacional; el desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación en salud y otros sectores, junto a la contribución y el empoderamiento de la comunidad sobre el auto cuidado de la salud y en los Estilos de Vida Saludable (EVS). (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.64)

De acuerdo con el informe del PTS y la proyección del DANE la población del departamento a 2020 fue de 4.534.172, de los cuales apenas el 94% estaba afiliada a

algún régimen de atención (4.255.425 personas). De estos, el 59% pertenecía al régimen contributivo y 41% al régimen subsidiado. Para este periodo de gobierno se identificaron más datos desagregados por curso de vida, así, para 2020 las personas entre 15 y 29 años representaban el 24% de la población del Valle del Cauca (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.27), además, se avanzó en el reconocimiento de las personas víctimas del conflicto armado.

De igual forma, se identificaron más datos de la población en condición de discapacidad, aunque aún no estaba discriminada por curso de vida, para el 2021 correspondió a 133.838 personas con discapacidades de movimiento en cuerpo, manos, brazos y piernas que representaban al 3% de la población total y estaba concentrado en ciudades como Cali, Palmira, Cartago, Buga y yumbo. (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.28)

Se identificó el uso de la categoría de *dificultad funcional* para referirse a las cifras de las personas en condición de discapacidad y si bien se discriminó por tipo de situación de discapacidad y tipo de entorno en el que se vivía (rural o urbano), aún se desconocían sus implicaciones en la experiencia juvenil y por ende oportunidades o limitantes en sus modos de vida. Con respecto a las necesidades básicas insatisfechas, tampoco se encontró información si dichos datos correspondían a hogares con jefatura de jóvenes o si estos hogares tenían integrantes entre 14 y 28 años.

El gobierno de Clara Roldán se dio en un contexto complejo marcado por la pandemia de COVID-19 y el estallido social de 2019. Su administración dio continuidad a una agenda deportiva, que fue considerada como un espacio de concentración de poder político más que de inclusión social. No obstante, dentro de las acciones de inclusión, se identificó la representación de pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, población LGTBIQ+, mujeres, víctimas, personas con discapacidad y la ruralidad aunque desde lo poblacional en general. Uno de los aspectos positivos fue la participación juvenil en la planeación departamental, aunque principalmente fue una inclusión de adolescentes, de igual forma se identificó una caracterización de la situación de salud más centrada en los DSS, en comparación con el gobierno anterior. Sin embargo, como limitaciones se

reconoce que estos esfuerzos no fueron suficientes para tramitar las profundas desigualdades entre lo rural y urbano, pero además, se continuó dejando de lado las voces de jóvenes entre 18 a 28 años, la experiencia juvenil en la discapacidad o en juventudes con jefatura de hogar, por fuera de la condición de hijo, por ende, se omitieron sus modos de vida, necesidades en salud, dando lugar a un PTS con acciones limitadas para estas juventudes.

Adicionalmente, en el periodo 2012 -2022 Cali transitó de municipio a distrito y esta situación modificaría las funciones del departamento del Valle del Cauca en términos de la agenda de salud, modificando también su dependencia y subordinación en términos de acciones priorizadas por el departamento, como lo fue el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, orientada a regular, gestionar financieramente y aquellas relacionadas con garantizar el aseguramiento en salud de los municipios.

Tabla 8.Narrativas de Salud y juventudes en el nivel departamental entre 2012-2022

Tipo de Narrativa	Salud	Juventudes
Narrativa dominante	La salud se comprende como un problema técnico administrativo centrado en la prestación de servicios, el aseguramiento y la gestión institucional. Entre 2012-2015 en el departamento predominó una débil incorporación del Modelo DSS. Entre 2016 y 2022 si bien se orientó el enfoqué más desde DSS, las acciones para atender la salud continuaron mayoritariamente en el sector salud y desde una lógica tecnócrata.	Las juventudes son comprendidas de forma fragmentada. Adolescentes entre 14 y 17 años 11 meses como sujetos de cuidado especial por minoría de edad, urbanos, cuentan con redes de apoyo, están escolarizados y tienen acceso a la atención en salud; por otro lado las personas entre 18 y 28 años son comprendidos como adultos no como juventudes.
Contranarrativa	Emergen narrativas que cuestionan la suficiencia del enfoque técnico: planeación basada en información incompleta, desarticulación territorial (caso Buenaventura), dificultades en sistemas de información y limitaciones operativas para abordar desempleo, violencia, SAN, salud mental y ENT.	Comprensión preliminar de juventudes con diversidad en sus modos de vida (ruralidad, desplazamiento, condición de discapacidad, migración), sin embargo aún es débil esta perspectiva relacionada probablemente a la desarticulación entre política de juventud, PTS determinada por ausencia de cifras en la caracterización de los modos de vida de las juventudes

Tipo de Narrativa	Salud	Juventudes
Metanarrativa	La salud juvenil comprendida como resultado de interacciones sociales, territoriales y estructurales, cuya mejora depende de la coordinación sectorial, transectorial y comunitaria, sintetizada en la metáfora de la Orquídea, pero que no trasciende en acciones en los planes territoriales de salud. (fue Instrumental, o estuvo en un momento muy preliminar). La metanarrativa no soluciona el problema.	
Si bien hubo una metanarrativa esta atiende parcialmente la situación de las juventudes, ya que la salud juvenil se formula parcialmente como un fenómeno condicionado por desigualdades sociales y territoriales, pero es redefinida en términos de prevención en entornos específicos (urbanos, escolarizados, con núcleo familiar tradicional) y a riesgos individuales (responsabilidad de los jóvenes). No se identifica una agenda específica y sostenida para la diversidad de los modos de vida de las juventudes desde una perspectiva de derecho.		

Fuente. Elaboración propia

Comprensión de las políticas a nivel distrital Santiago de Cali 2012-2022

En este apartado se presentan los hallazgos del análisis narrativo de las alcaldías de Santiago de Cali entre 2012 a 2022.

Para el 2012, año inicial de este análisis, el país y el departamento presentaban grandes retos en la temática sanitaria como se presentó previamente: el lanzamiento del primer PDSP en el que se planearon acciones a 10 años sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la crisis de desgobierno del departamento y la intervención del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. institución que representa uno de los puntos de atención en salud principal de los caleños y que afectaría también la agenda sanitaria de Santiago de Cali, antes municipio-hoy distrito especial-.

CaliDA, una Ciudad para todos 2012-2015

Santiago de Cali al estar articulado al gobierno departamental en calidad de Municipio para ese entonces también tuvo impactos en la inestabilidad que presentó el Valle del Cauca con respecto al cambio recurrente de Gobernador, es usual que exista diferencia de agendas, incluso agendas ocultas entre los niveles de gobierno departamental y municipal, que sucede por diferencias de intereses, bien sean sociales, económicos o políticos entre las administraciones locales y que tienen implicaciones en los resultados electorales de la ciudad, como lo sucedido con el entonces gobernador Useche, quien en alianza con el partido conservador apoyó a Milton Castrillón candidato a la alcaldía de Santiago de Cali y quien aunque tuvo una votación importante perdió ante Rodrigo Guerrero Velazco, quien ganó en el 95% de las comunas de Cali (Razón Pública, 2012).

Guerrero "una epidemiología de la violencia" y la experiencia juvenil en Cali

Guerrero, fue alcalde de Cali para el periodo 2012-2015 y contaba con una experiencia previa en la administración de la ciudad pues fue alcalde entre 1992 y 1994. La agenda en salud fue favorecida, considerando que Guerrero tenía un Doctorado en epidemiología de la Universidad de Harvard, era Médico Salubrista de la Universidad del Valle y docente de la misma universidad. Esta formación le permitió tener cargos como director del Hospital Universitario del Valle y director de una fundación privada reconocida en la ciudad (la Silla Vacía, 2021), aspectos que usó durante su administración.

A diferencia del nivel nacional o departamental, la comprensión de las juventudes no empezó con este gobierno, en Cali, anteriormente en 1992 en la primera Alcaldía de Guerrero se implementó el programa PARCES (Participación, Convivencia, Educación y Superación), en la que participaron 300 jóvenes en procesos de afrontamiento de la violencia, sin embargo, posteriormente al ser reconocidos como participantes del programa fueron asesinados, ya que, el programa los visibilizó, pero no activó mecanismos para protegerlos (la Silla Vacía, 2021).Lo anterior, si bien tuvo una buena intensión representó una *acción con daño,* y visibiliza la sensibilidad social del trabajo con las juventudes en entornos vulnerables.

Es de importancia reconocer que Guerrero como alcalde reelegido y siendo médico epidemiólogo, pudo tener mayor claridad que otros políticos de su época sobre la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud y por ende mejores mecanismos para incluirla en su plan de gobierno. Guerrero, centró su agenda política en acciones de reconocimiento de la violencia, específicamente el homicidio, como un factor relevante en los datos de mortalidad en Cali, con lo cual, se propuso priorizar la recuperación de la *paz ciudadana* como un ejercicio articulado a la agenda de seguridad, que derivó en acciones para las juventudes por su rol y vulnerabilidad en expresiones de violencia, como el homicidio. Con el programa desarrollo, seguridad y paz (DESEPAZ) el alcalde priorizó la agenda en la prevención de las violencias y evitó su represión, asegurando que se debía trabajar en las causas y no en el efecto. (Guerrero.2011, p.3-5)

Esta agenda influenciada por la formación y la investigación de Guerrero propuso la necesidad de reconocer los datos disponibles sobre violencia desde una perspectiva epidemiológica, que se denominada *epidemiología de la violencia* con la que buscó controlar la inseguridad como *factor promotor* de dicha violencia. Esta postura permitió reconocer las características de los actores municipales alrededor de la seguridad, principalmente aquellos que impartían la ley, de los que se encontró baja formación educativa y precariedad en la propiedad de la vivienda. Guerrero, consideró que esta situación debía mejorarse, así, al tener policías formados en derechos constitucionales, y también contaran con un mejor entorno en su hogar, se avanzaría en una mejor política de seguridad (Guerrero R.2011, p.4-6). Estas estrategias formativas para la tolerancia y

la paz fueron intergeneracionales, así, participaron líderes comunitarios, grupos juveniles y actores gubernamentales, promocionando la convivencia y tolerancia en el hogar junto a la resolución de conflictos con los vecinos, como estrategia para prevenir la violencia y por ende, los desenlaces en salud como las lesiones físicas o la muerte.

Previo a su segundo mandato, Guerrero consideró la necesidad de establecer espacios para jóvenes, para lo cual se crearon las Casas de Juventud en 17 barrios de Cali, espacios destinados al desarrollo de actividades culturales y deportivas *como las olimpiadas intercomunas de la ciudad* (Guerrero R.2011, p.8). No obstante, se aclara que muchos de estos espacios habían sido previamente reivindicaciones sociales de las organizaciones juveniles en sus comunas.

La narrativa documental sugiere que el gobierno de Guerrero tuvo una comprensión de los efectos de la violencia en Cali sobre los proyectos de vida de las juventudes. Así, se reconoció el narcotráfico como una situación que afectaba la sociedad, destruyendo el capital social, generando diversas violencias, entre ellas, las causadas por actores armados, como la guerrilla, que aunque estaba ubicada en la ruralidad impactaba la zona urbana de Cali. Con estos antecedentes del alcalde Guerrero, se debe comprender la agenda para el periodo 2012-2015 y la comprensión de la salud para las juventudes.

La comprensión de las juventudes desde el gobierno de Guerrero 2012-2015

Santiago de Cali en 2011 contaba con 669.464 niños, niñas y adolescentes (NNA), es decir, las personas entre 0 a 17 años representaban el 29.5% de la población (DANE, 2005). Las juventudes caleñas estaban en la tercera ciudad con mayor recepción de población en situación de desplazamiento forzado; a noviembre de 2011 se recibieron 82.896 personas, equivalente a 20.423 hogares. (Alcaldía de Cali, 2012, p.59). Además, se identificó que en Cali 1975 personas estaban en situación de desplazamiento forzado, dentro de las cuales, el 7.5 % eran menores de 18 años y 63.8% eran adolescentes (Alcaldía de Cali, 2012, p.61).

Una segunda encuesta reflejó que de las 1.645 personas en condición de habitancia en calle, 15,3% estaban en primera infancia, el 26.4% en infancia y el 58.3% eran adolescentes. Lo anterior, permite reconocer que en las dos encuestas la adolescencia

fue el grupo más afectado tanto por el desplazamiento forzado, como por la habitancia en calle (Alcaldía de Cali, 2012, p.64). Con respecto al entorno escolar, este fue -como se mencionó antes- un escenario en el que las políticas de salud dirigidas a juventudes encuentran un público cautivo para su accionar, sin embargo, estar escolarizado no fue una situación común en todos los modos de vida de los jóvenes de la ciudad, ya que, por ejemplo, menos de la mitad de las personas en condición de calle, asistían a algún establecimiento educativo. (Alcaldía de Cali, 2012, p.72)

Ahora bien, estos datos de juventudes se deben considerar con la diferencia de conceptos sobre adolescencia y juventud declarados en el documento de Plan de Desarrollo de Cali, adscritos a la Ley Nacional 375 del 4 de julio de 1997 y que no contempló los jóvenes con 27 y 28 años, como si lo hizo posteriormente la Ley Estatutaria Nacional 1622 de 2013. Lo anterior, se propone en esta investigación como una *Atemporalidad externa* de las políticas. Desde esta definición, conforme las proyecciones del DANE 2012, en Cali había 522.864 jóvenes, de los cuales 50,5% eran hombres y 49,5% mujeres.

Estos jóvenes estaban amparados con la *p*olítica pública municipal de juventud, mediante el decreto 0945 del 29 de diciembre de 2006 y cuyo objetivo fue:

> La promoción, protección, restitución y garantía de los derechos humanos de los y las jóvenes en función de su ejercicio efectivo, progresivo y sostenible, ampliando las oportunidades y fortaleciendo las potencialidades individuales y colectivas. De igual forma, promover el desarrollo de la autonomía de la población joven y el ejercicio pleno de su ciudadanía, mediante mecanismos de participación con decisión, con la corresponsabilidad como principio transversal, dirigido a la materialización de sus proyectos de vida, en beneficio propio y de la sociedad (Alcaldía de Cali, 2006).

Con respecto a la definición de la Política pública de juventudes en el gobierno de Guerrero las narrativas indicaron: “vino el gobierno de Guerrero y se contrató pues como el tema de la política ¡para hacerla! ... pero, no hubo la voluntad política -en el concejo de Cali- para que fuera aprobada, ¡se quedó ahí!, Yo con relación a ese documento tengo mis reservas, con todo el respeto de los que trabajaron ahí (P_AGIDc_SBS_004).

Con respecto a las juventudes, en el gobierno de Guerrero se sustentó un enfoque técnico y de salud pública con una visión del Modelo DSS, reconociendo la conexión entre pobreza, violencia, inseguridad, salud y la vulnerabilidad de las juventudes en los entornos inmediatos en los que se desarrollaban sus modos de vida, pero, con desafíos en garantizar protección y continuidad de los procesos de fortalecimiento de la convivencia, la tolerancia y la resolución pacífica de conflictos. Las casas de juventud se resaltan como una puerta de entrada en el proceso organizativo juvenil, sin embargo, esto no indica que sin estos espacios no se organizarían los jóvenes, ya que previamente ya existían procesos juveniles, con lo cual, la agenda local institucional incluyó estos espacios. Se identificó un reconocimiento por los modos de vida atravesados por el desplazamiento forzado o en habitancia en calle. Si bien ya existía una política pública municipal de juventud desde 2006, durante el gobierno de Guerrero no se actualizó por falta de voluntad del concejo de la ciudad, lo que permite declarar esta entidad como un actor opositor.

"Cali Progresa Contigo" Maurice Armitage 2016-2019

Armitage fue un político que desarrolló una alcaldía desde una narrativa gerencial. Como propietario del Ingenio de Occidente y Fundador de la Siderúrgica de Occidente (SIDOC) extendió acciones de labor social con la Fundación en el barrio Siloé, principalmente con actividades culturales dirigidas mayoritariamente a población infantil y juventudes (Diario de Occidente, 2015). Adscrito al movimiento *Creemos Cali*, contó con el apoyo del sector empresarial y de la gobernadora Dilian Francisca Toro, con lo que obtuvo la alcaldía con un 38% de los votos, siendo este último apoyo cuestionado por la agenda de independiente que ostentaba.

Armitage en sus interlocuciones aseguró que no todos los problemas públicos eran responsabilidad del Estado, sugería que debían ser los jóvenes y la empresa privada articulados al gobierno quienes abordaran las situaciones problemáticas, como se muestra a continuación: ¿cómo somos capaces de generar confianza a esos muchachos? […] que entendamos que no es solo el Estado el que los va a sacar de este lío, que nos den la oportunidad -a la empresa privada-(Armitage Entrevista, 2019, min 29:09 a 30:30).

Las juventudes y la justicia restaurativa en el gobierno Armitage

En el gobierno Armitage, la agenda de las juventudes en temas de seguridad estuvo articulado al Eje “Cali progresa en paz, con seguridad y cultura ciudadana”, en el componente de *Seguridad, causa común*, dirigido a la atención de las juventudes desde el modelo de justicia restaurativa, identificada en este periodo de gobierno, con la inclusión de indicadores para adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA) y a procesos de justicia reparativa. Si bien se contempló, durante la evaluación se indicó que la gestión de Armitage en este tema tuvo un cumplimiento de 0% (Alcaldía de Cali, 2020), pero que sí avanzó en acciones orientadas a la capacitación de estos jóvenes para los procesos requeridos en el marco del SRPA, y con el que se alcanzó un 75% de cumplimiento.

La comprensión de la justicia desde un enfoque reparativo implicó tramitar la resolución de conflictos e involucrar las partes afectadas por una ofensa a enmendar o sanar los daños causados, es decir, un modelo centrado en la reparación para resolver el conflicto y no la mirada tradicional desde el castigo (ICBF, 2022). Ésta apuesta buscó prevenir la vinculación de los adolescentes en actos delictivos (prevención secundaria), así como su reincidencia (prevención terciaria) y desde un enfoque de derechos (USAID, OIM, Gobierno de Colombia, 2018), lo que por defecto amplia los significados y comprensión de las personas involucradas en los conflictos, por parte de los diferentes actores.

Es importante reconocer que, si bien el SRPA se diseñó para menores de 18 años en conflicto con la ley, las condenas que tramitan estos jóvenes, -dependiendo del delito y del proceso penitenciario- definen sus modos de vida hasta en un máximo de 5 años, es decir, que las juventudes en privación de libertad contrario a lo que muchos piensan son tanto adolescentes como juventudes mayores de 18 años. En este gobierno se identificó la proyección de indicadores desde esta visión restaurativa a 860 jóvenes, sin embargo, no se identificaron cuales acciones operativizaban dicha justicia restaurativa, con lo aunque se identifica un buen avance, el indicador no fue claro, por ende su medición, sería difícil de rastrear.

Lo anterior, sugiere retomar la propuesta de *atemporalidad interna* de las políticas. Es

decir, hay un tiempo necesario que surten las categorías, perspectivas y enfoques en las políticas, que por supuesto inician con la narrativa discutida y reportada en los documentos de política pública, pero que requieren un tiempo de tránsito para la comprensión y articulación de éstas, tanto por los actores políticos y comunitarios, como para articularse también a los mismos mecanismos y políticas disponibles en los diferentes niveles de gobierno, en los que transcurre la configuración de las políticas públicas. Por lo anterior, si bien Armitage vinculó abordajes para juventudes en otras realidades como la privación de libertad, lo que implicó importantes desafíos una agenda concreta en salud para la experiencia juvenil, ésta finalmente no se concretó.

La actualización de la política distrital de juventudes de Cali se actualizó durante el gobierno de Armitage y fue desde este gobierno que la política implicó una proyección decenal 2019-2028. Si bien, el tiempo y las formas como la política se sancionó tuvo críticas importantes, esta alcaldía en articulación con la plataforma municipal de juventudes de Cali promovió la participación de las juventudes en la configuración de políticas a través de espacios como diplomados y talleres participativos para reconocer sus percepciones, necesidades y expectativas lo que podría indicar que las voces de los jóvenes fueron escuchadas. Sin embargo, reconociendo este proceso, las entrevistas indicaron que si bien estos espacios existieron, las demandas de los jóvenes no se tuvieron en cuenta en el documento final de aprobación de la política.

Con respecto a la política y el interés por las juventudes se refirió:

> “Ehhh …En ese momento estaba Armitage, él tampoco se metía mucho, pero él intentó, o sea, hizo la posibilidad, intentó, nosotros nos reunimos con él, entonces Armitage tenía voluntad, como que se le veía, [57:41 - 57:49] pero hasta allí, como que con la juventud… como que le faltó. (P_AJDc_001)

> […]había una presión por parte de los jóvenes porque hubiera política, básicamente, antes del 2018, que hubiera una política de juventudes que realmente estuviera como acorde a las necesidades ¡y a la nueva generación ¿no?!…porqué tú sabes que en el tema de los jóvenes eso es!, los cambios son demasiado rápidos! son como la tecnología, ¡cuando usted menos pensó!

> o sea, los ...enes de hoy en día… en menos de una generación los jóvenes cambian mucho más en su forma de pensar, también Cali ha tenido unos procesos de juventudes maravillosos…mmm… básicamente en términos de... incluso yo te diría desde el M-19, desde los años 70 y antes… y aquí pues esos procesos de participación son procesos que realmente ha llevado a que los jóvenes, pues haya como un espíritu acá pues cómo, ¿sí?, de que es necesario reivindicar derechos básicamente y también reclamar por las situaciones que ocurren y que los afectan, entonces eso ha sido como, digamos, una continuidad en términos de las generaciones (P_AGIDc_SBS_004)

La agenda de juventudes para 2015 aún agrupó a las juventudes en la misma línea de la atención con la infancia, no obstante, la necesidad de reconocer sus diferencias se movilizó durante el gobierno de Armitage como se mencionó a continuación:

> Yo entré en el gobierno de Guerrero y ahí era el grupo de trabajo era primero en Familia, niñez y juventudes y luego cuando entró Armitage, bueno el secretario de Bienestar, digamos eso fue como en 2016, recuerdo que ese cambio se realizó, porque el tema de jóvenes era muy grande, había unas necesidades, unas prioridades y pues ya con la voluntad política del gobierno entrante -Armitage- pues las priorizaciones, ya que ellos tienen su legislación, y había un interés de priorizar la juventud. Entonces, pues, obviamente el gobierno de Armitage para no decir que solo el alcalde, -yo creo que era el equipo de gobierno, el secretario-, digamos que la administración de ese momento hizo ese cambio y otros funcionarios y pues, obviamente, ya con interés en la política pública y dijo vamos a apostarle a la Política Pública de Juventud. (P_AGIDc_SBS_004)

> Sobre ese tema de la edad… Eso siempre ha habido una disyuntiva, es una discusión, porque la ley 1098 dice que ser niño es hasta 17 años, 364 días mejor antes de 18 y ya, a los 18 ya se es adulto. Pues eso dice la cédula y dice la ley básicamente… pero entonces resulta que vino a la Política de juventud dice, no, pero la juventud es desde los 14 hasta los 28 años, primero hasta los 26 y luego

hasta los 28… entonces se amplió el marco de juventud (P_AGIDc_SBS_004).

Si bien, en la evaluación del Plan de Desarrollo Municipal (PDM) no se desagregaron aspectos relacionados con el enfoque de curso de vida[21] y por ende, no hubo referenciación concreta de la comprensión de las juventudes de este gobierno municipal, se identificaron narrativas de gobierno que sugieren un primer reconocimiento del actor juvenil como titular de derechos en lo individual y como un grupo social con situaciones por atender.

Sobre los modos de vida y las necesidades de la comprensión de los jóvenes también se reconocieron las necesidades de tramitar un proyecto de vida y la situación del embarazo adolescente como uno de los aspectos que obstruye este, como se muestra a continuación:

> ¡Muchachos! Busquémosles alguna alternativa a estos muchachos, estos muchachos ¡no pueden seguir así!, no pueden seguir viendo que la esperanza de vida de ellos sea hasta los 30 años, muchachos que también se enamoran, que también tienen novias que terminan siendo sus mujeres y ¡también hacen el amor y embarazan y tienen hijos!, ¡hay muchachos de 20 años con uno o dos bebés, eso es una locura! y eso crea una expectativa de angustia tenaz! que tenemos que arreglarla, porque cada vez son más (Armitage Entrevista, 2019)

Se identificó la categoría de “voluntad política” con respecto al gobierno municipal y que sería una narrativa frecuente de los actores del proceso, por lo que se propone como un aspecto promotor de la agenda de juventud a nivel distrital.

En el capítulo de agenda se retomará esta temática, pero se adelanta que al no ser muy claro aún la perspectiva de curso de vida, los resultados se identificaron más con respecto a salud en población general, pues aunque indirecta y limitadamente, fue de esa forma desde la que se incluyó a las juventudes en este periodo de gobierno. (Ver anexo 05, p.5)

[21] Este requería más tiempo para ser vinculada a la hoja de ruta de las política en los tres niveles de gobierno

Las juventudes y la salud en el gobierno de Jorge Iván Ospina 2020-2023

El alcalde Ospina estudió Medicina en el Instituto Victoria de Girón en la Habana, Cuba, y Especialización en gestión de la salud en la Universidad ICESI de Cali, también tuvo una experiencia previa como alcalde en el periodo 2008-2011 con el slogan “para vivir la vida dignamente”. Su elección fue respaldada por sectores políticos cercanos a Angelino Garzón, Franklin Legro y Juan Carlos Martínez Sinisterra, este último un exsenador condenado por parapolítica (La Silla Vacía, 2021).

En su primer mandato, Ospina recibió fuertes críticas por la implementación de proyectos como: estancamiento de las 21 *megaobras*, acciones vinculadas al sistema de transporte integrado MIO, además, la construcción de la ciudadela *Nuevo latir*. Sus detractores indicaron las escasas acciones dirigidas a temas de seguridad, delincuencia y con el programa de guardas cívicos (La Silla Vacía, 2021).

El segundo gobierno de Ospina inició con una ciudad que transitó a distrito especial, con una vinculación estandarizada del diseño de la política al que la alcaldía se adscribió como planeación innovadora. Se destaca una interrelación de los instrumentos de política pública disponibles en el municipio para la consecución de cada indicador del Plan Municipal de Desarrollo (PDM), es importante señalar que para este punto la ciudad de Cali contaba con diferentes políticas públicas configuradas en los gobiernos previos a Ospina, con lo cual resultó muy efectivo planear la ciudad con dicho inventario, ya que permite a los diferentes actores realizar un monitoreo más efectivo de estas.

Ospina apoyado por la Alianza verde se posicionó para su segunda Alcaldía en Cali el 01 de enero de 2020. Esta fue una alcaldía atravesada por la pandemia de Sars-COVID-19 para la que el país declaró emergencia nacional con el decreto 531 de 2020 en marzo. Fue en este mes en el que se socializaron en Cali las rutas de acción con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE) y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y que se aplicaría con mayor radicalidad con el decreto 4112.010.20. 0808 de abril de 2020, que llevó a un aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas desde el 13 de abril de 2020, después de que el 15 de marzo se confirmara el

primer caso de COVID de un hombre de 49 años proveniente de España en la ciudad, siendo el tercer caso del departamento del Valle del Cauca. Fue el 29 de marzo de 2020 cuando se registró la primera muerte por COVID-19 en la ciudad de Cali (Minsalud,2020).

La pandemia y las juventudes en el gobierno de Ospina 2020-2023

Las indicaciones de la pandemia estuvieron centradas principalmente en el riesgo de la población adulta con diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y adultos mayores. No obstante, las estrategias de afrontamiento impactaron los modos de vida de las familias en Cali y por ende de las juventudes, considerando que en la ciudad por cada 100 muertes por COVID, 19,2 correspondían a personas entre 15-29 años (ASIS,2022, p.110).

Dentro del decreto de Aislamiento preventivo obligatorio se permitió la circulación a grupos sociales con condiciones especiales en salud, dentro de esto los adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad, o con enfermedades de tratamiento especial, que requirieran asistencia de personal capacitado (decreto 0808 de 2020, p.8). La crisis económica y social generada por la situación de salud de la ciudad, implicó desafíos para Santiago de Cali, por lo cual, se establecieron diferentes estrategias de reactivación económica pos-COVID para amortizarlas (Alcaldía de Cali, 2020, P.276, 288).

En este panorama y sumado a la propuesta de reforma tributaria del gobierno de Duque comprendida como injusta por varios jóvenes, generó inconformidades en medio del confinamiento, que acumulado al incumplimiento de los acuerdos de paz junto con las experiencias juveniles en la reacomodación de los modos de vida por la pandemia, los cambios en los procesos educativos, pérdida del trabajo, situaciones de inseguridad alimentaria en el hogar y la incertidumbre sobre el presente y futuro, desencadenó o reactivó las incomodidades de los más jóvenes de la ciudad, quienes no entendían la prolongación del confinamiento y que se articularon a las marchas nacionales del 28 de abril calificadas por la entonces vicepresidenta y canciller Marta Lucía Ramírez como “en su mayoría pacíficas (88.5%)” (Amnistía Internacional, 2021, p.4).

Las situaciones fueron clasificadas por el presidente Duque como actos vandálicos y terroristas, lo que promovió un discurso de estigma en las juventudes, por lo que la acción gubernamental se orientó a la represión y contención con el Escuadrón Móvil Antidisturbios (ESMAD), lo cual, intensificó las acciones violentas en la ciudad de Cali, como: la sucedida el 3 de mayo en el barrio Siloé, el ataque contra la Minga Indígena el 9 de mayo y finalmente la militarización de la ciudad el 28 de mayo, siendo esta última fecha en la que se reportaron ataques armados de civiles y policías, acciones de desaparición forzosa de jóvenes manifestantes y detenciones ilegales por lo menos de 30 personas, dentro de las que se visibilizó la historia del Músico de la Universidad del Valle, Álvaro Herrera de 25 años, quien fue golpeado y torturado en el CAI de policía de Ciudad Jardín, al sur de la ciudad, quien además, estuvo a punto de ser desaparecido (Amnistía Internacional, 2021, p.40) y quien actualmente vive en el exilio.

Imagen 12. cartel de auxilio para la búsqueda del joven Álvaro Herrera 28 de mayo de 2021



Fuente. Tomado de Amnistía Internacional, 2021, p.40

Ante estos eventos, desde 28 de abril de 2021, el alcalde Ospina propuso al gobierno Duque instalar mesas de diálogo entre la población civil, los grupos de jóvenes, los líderes de bloqueos de la ciudad y la comunidad indígena, con el fin de desescalar la tensión de la ciudad, sin embargo, esta solicitud fue ignorada por el gobierno (W Radio, 2021, minuto 1:08).

La narrativa de las juventudes entre 14 y 28 años que integraban de la *Primera Línea de Cali* [22], indicaron que el significado y sentido que los movilizó a la protesta se relacionó con actos de Racismo y con la incertidumbre de su propio futuro y el de las próximas generaciones, como se muestra a continuación: “no queremos que nuestros hijos tengan nuestros mismos problemas, queremos que tengan educación, comida y salud”; “por estar en este proceso, por primera vez en la vida, siento que soy alguien, que pertenezco a algo y por primera vez, puedo comer tres veces diario[23], gracias a la generosidad de la gente” (Naciones Unidas, 2021, p.7).

En este contexto, el gobierno de Ospina con cinco meses de ejecución reportó la tasa de ocupación juvenil más baja desde 2011 (45,0) pasando de 53.0 en 2019 a 44.1 en septiembre de 2020. Adicionalmente, la tasa de desempleo juvenil fue la más alta del último decenio para la ciudad con 30.6 para septiembre de 2020, en contraste con la cifra de 2011 que fue de 25.0. Esta situación mejoró para el año 2021 en algunos sectores de actividad económica de la ciudad, como el de alojamiento y servicios de comida (174mil empleos juveniles); comercio y reparación de vehículos (127mil empleos juveniles) y actividades de recreación y entretenimiento (71mil empleos juveniles), presentando menor población de jóvenes ocupada en actividades de agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (CIEC, 2021, p.10).

La pandemia en la ciudad avanzó con un panorama de 32,7 % de jóvenes que ni trabajaba, ni estudiaba. (CIEC 2021, p.4). Además, esta población que no estudió, ni trabajó, estaban en pobreza, así: 69,8% de los jóvenes en estrato 1; 54,3% de estrato 2; 51,2% de estrato 3; 33.9% de estrato 4; 37 % de estrato 5 y el 28% de estrato 6 (CIEC, 2021, p.5).

Así, la pobreza estuvo en todos los estratos sociales de la ciudad en medio del primer año de gobierno de Ospina, primer año también de la pandemia, que afectó las oportunidades de empleo, la generación de ingresos y por ende el acceso económico y físico a los alimentos (afectando también el consumo de estos), ya que no se pudo asistir

[22] Grupo autoorganizado de manifestantes, mayoritariamente jóvenes, cuya función principal fue la de proteger a los marchantes del uso excesivo de fuerza por parte del Escuadrón Móvil Antidisturbios (ESMAD).
[23] Dentro de los espacios de movilización se realizaban ollas comunitarias, en las que algunos integrantes de la comunidad donaban alimentos y otros ofrecían sus competencias para cocinar y servir a los marchantes.

de forma presencial a las instituciones educativas públicas, por lo que se detuvo la implementación del Programa de Alimentación Escolar (PAE), hasta que la normativa reguló la entrega de alimentos al hogar -que fue muy posterior-. Lo anterior, afectó a las juventudes escolarizadas de básica primaria y secundaria, pero fue radical a los jóvenes de educación superior, pues en algunas Instituciones de Educación Superior (IES) se entregaban bonos de apoyo alimentario, los cuales *no estuvieron disponibles* en el marco del Aislamiento Preventivo Obligatorio de la ciudad.

Con respecto a la comprensión de las juventudes por los actores institucionales del gobierno local se identificaron las siguientes narrativas:

> en Cali y nivel nacional, hay muchas juventudes y son un grupo de población que está dentro de una edad de etaria, pero que tienen unos procesos organizativos, unas tendencias, unas dinámicas, pues, como que diferentes a las otras edades o a los otros ciclos de vida, pero nosotros también lo denominamos así, que es un ciclo de vida. (P_AGIDc_SBS_Juv)

Desde la narrativa de los actores juveniles

> yo creo que juventudes, yo soy como muy de colectivo y juventudes, ¿qué es? pues juventudes son expresiones juveniles, juventudes, es ese ser, ese caleño joven que se levanta todos los días con un sueño, con una meta, con una ilusión, que quizás a veces en la realidad no lo tenga claro (P_AJDc_001) […] Juventudes, digamos porque somos un sector *heterogéneo* en primer momento, es decir, que tenemos, no todos los grupos de jóvenes son iguales a otros en materia política, social, cultural, social, etcétera. También diría que juventudes en tanto, pues, existe una especie de diferenciación no solo como grupo poblacional de manera etaria, sino también en materia cultural y ¡si! Existe un código social entre nosotros, las juventudes. (P_AJDc_002)
>
> Partiendo de esa idea de que somos un grupo heterogéneo, pues diría que las juventudes de Cali, tendríamos que decir de dónde, por dónde empezar, ¿por dónde?, ¿cómo?, ¿cuándo?, porqué, por ejemplo, podría decirte de la juventud

> un poco del oriente de Cali, que es una juventud de manera permanente expuesta a la violencia en un entorno violento y que tiene un patrón incluso ya muy incrustado al rol de violencia, que está desfavorecida en muchos aspectos, que además de eso, creo yo, tiene una configuración cultural muy diversa, pues hay de todo el Pacífico colombiano, todo lo que tiene que ver con el desplazamiento que ha ocurrido y que llega a Cali. Entonces diría que tendríamos que decir de ¿dónde? El solo hecho de estar en Cali, como que te influencia de otras culturas. Creo yo que eso tiene que ver con la conformación de esta ciudad. (P_AJDc_002)

Política pública para las juventudes de Cali

La política de juventud de Cali que se gestionó desde el gobierno Armitage entre 2017 y 2019, constituyó una mesa permanente de juventud para la socialización, ajuste, evaluación y monitoreo de esta. En este proceso se articularon 18 reuniones, con un promedio de 10 asistentes entre integrantes de gobierno distrital y representantes de las juventudes, y con los que se identificaron tres zonas estratégicas de la ciudad: el oriente, suroeste y centro norte, en los que se socializó por medio de foros la política de juventud. Otros espacios, vincularon a los representantes de las plataformas municipales de juventud, quienes diseñaron los ejes de la política pública y ésta fue sancionada al cierre del gobierno Armitage, con reparos del sector de jóvenes.

El gobierno de Ospina recibió una política de juventudes recién sancionada, que si bien tuvo espacios de discusión y voces de los actores juveniles, no los reflejó en el plan de acción de la política. Además, como en otros sectores (Ejemplo salud, educación, SAN), ésta tampoco contempló acciones en un contexto de pandemia, como las presentes durante el gobierno de Ospina.

En esta lógica, los recursos establecidos para la política de juventud distrital en todos los componentes -pero más específicamente en el de salud-, presentó importantes desafíos para comprender la salud de las juventudes en este contexto de pandemia. Si bien la priorización es una de las acciones en la configuración de las políticas públicas, en la pandemia las juventudes de Cali no fueron tenidas en cuenta como titulares de derecho o como agentes priorizados en las estrategias de atención, ya que, en la pandemia se

priorizó el grupo de adultos mayores, más si estos presentaban diagnósticos de ENT, por la implicación de estos diagnósticos en la mortalidad.

Con respecto a la salud, esta se comprendió como acceso al sistema de salud y diferenció jóvenes con oportunidades de solventar la atención en salud por fuera del sistema público. La salud entonces se comprendió de la atención, así:

> Ahora…. los recursos de esas política son limitados, porque se enfoca sobre todo en la población vulnerable más que en la población que no es vulnerable. Es decir, los que "no son vulnerables, pues no necesitan política", y claro, porque la política aquí digamos, como que atiende unos problemas, en unas fechas, ¡tal cual, así! Pero por ejemplo, si hay juventudes que están en estratos altos que también tienen problemas de salud y que no son atendidos digamos por la constitución, para ello se piensa, "no, ellos tienen prepagada (medicina prepagada)". Se piensa que tienen otras estrategias, otras posibilidades, más oportunidades. Si yo tengo una medicina prepagada, pues obviamente, tengo más posibilidades de atender el problema. (P_AGIDc_SBS_004)

En esa prioridad de una *atención en salud*, que hasta la pandemia se comprendió como *salud sexual y reproductiva*, migró posicionando una agenda de salud mental, que había ganado gradualmente un lugar en la agenda política, pero que se posicionó centralmente en el gobierno de Ospina, con la pandemia y las situaciones de orden público modificando los itinerarios de las juventudes de Cali, sobre esto, se indicó:

> Sí, nosotros entendíamos que el eje de salud debía recoger… la salud y pues tener una profundidad, pero, sí sentíamos que le faltó quizás algo… una funcionaria de la alcaldía en un momento nos explicaba que lo que faltaba era un bienestar integral, pero también que se permitiera el acceso, esa capacidad integral, entonces era como eso lo que recuerdo.[…] Algunos de pronto recuerdo que hablaban como de una integralidad del tema de la salud, con deporte, cultura, como esa integridad. Pero a la final, recogíamos *lo mismo*[24]. (P_AJDc_001).

[24] Salud sexual y reproductiva y consumo SPA

La comprensión de la salud de las juventudes a nivel distrital tradicionalmente centrada en el componente sexual y reproductivo abordado por la estrategia de servicios amigables, pasó a segundo lugar durante la pandemia producto de la reacomodación de las actividades diarias y el distanciamiento social, dando paso a una resignificación de la salud mental, que hasta ahora había estado vinculada y reducida al consumo de sustancias psicoactivas, como si todos los jóvenes con situaciones de salud mental decidieran tramitarlas con el consumo de SPA, es decir, una salud mental centrada en un afrontamiento desde la alucinación.

> En ese *Eje 3* nosotros tenemos un indicador, porque manejamos siete indicadores, y uno de los indicadores es precisamente el de servicios amigables. Entonces, ahí tenemos que reflejar la cantidad de servicios amigables que hay en territorio y ¿cómo hemos impactado en el año a los adolescentes y jóvenes?, la cantidad, o sea todo lo cualitativo y cuantitativo, adicional de otros indicadores que tienen que ver con salud mental (P_AGIDc_002).

La situación de distanciamiento social permitió evidenciar contranarrativas de la experiencia juvenil, que reflejan tensiones, preocupaciones y desafíos presentes en el itinerario juvenil, determinado por los modos de vida, en situaciones cotidianas como se muestra a continuación, con respecto a la salud mental:

> Mi salud mental fue horrible, mi salud mental de una manera u otra no ha sido tan buena, porque he tenido muchos problemas personales, económicos, sociales, mmmmmm… entonces la salud mental en ese año fue tenaz. Sí, me compliqué más porque era el encierro, era estar encerrado, no sé ¿qué más?, ¿cómo hacía las tareas?, ¿el computador?, ¿internet?, ¿cómo uno tenía las herramientas para hacerlo? ¡Yo gané el año por mera obra y gracia del Espíritu Santo!

De acuerdo con los documentos disponibles para la ciudad de Cali, el informe de Política de Juventud para el 2022 estuvo enmarcado en ocho ejes a saber:1. Jóvenes participando activa y democráticamente con equidad y sin discriminación en entornos institucionales, sociales y comunitarios; 2. Jóvenes innovadores con habilidades y competencias del siglo XXI para el acceso a oportunidades laborales y la generación

de emprendimientos juveniles; 3. *Jóvenes implementando prácticas saludables y de Autocuidado para su bienestar psicológico, físico y sexual*; 4. Jóvenes apostándole a la cultura de paz, la vida y la convivencia social en clave de derechos humanos; 5. Jóvenes creando y consolidando espacios para fomentar talentos, expresiones y aprovechamiento de su tiempo libre; 6. Jóvenes gestores del hábitat y el ambiente sano en modo sostenible y sustentable; 7. Conociendo a los jóvenes desde sus realidades, necesidades y goce de derechos en sus diferentes ámbitos; y 8. jóvenes con acceso a una educación de calidad que contribuya con su desarrollo integral y la consolidación de su plan de vida. Conforme los soportes de acciones de la entidad territorial para esta investigación reportaron avances documentales para el eje 3 de la política, fue sobre este, sobre el que se sustentó el análisis de la salud en articulación con la Política de juventud a nivel distrital.

De esta forma se identificó que el concepto de salud propuesto dentro del distrito fue limitado, ya que trasladó la responsabilidad del componente de salud a los titulares de derecho, sustentado en la *adopción de prácticas saludables*, es decir, situó los resultados en salud dependientes netamente de los comportamientos individuales de las personas entre 14 y 28 años de Cali. Esta comprensión, dejó en segundo plano las situaciones de exposición, los factores protectores y las condiciones sociales que determinaban los modos de vida de las juventudes y por ende su salud. Desde esta perspectiva centrada en los Estilos de Vida Saludables (EVS), la responsabilidad de los desenlaces en salud se desplazó hacia los comportamientos individuales, invisibilizando los procesos sociales, económicos y territoriales que los condicionan. En el caso de una política pública de juventudes, esta lectura adquiere particular relevancia, pues asigna dicha responsabilidad a un grupo poblacional que históricamente ha sido comprendido desde narrativas de “riesgo”, reforzando la idea de que los problemas de salud son consecuencia exclusiva de elecciones personales. En contraste, tanto la perspectiva de la Determinación social de la salud como el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud permiten comprender que los comportamientos en salud no se producen en el vacío, en cambio, están mediados por estructuras sociales, arreglos institucionales y condiciones materiales que delimitan, amplían o restringen las posibilidades reales de agencia de las juventudes, por lo que esta situación se presenta como una contradicción.

Contrario a esto, desde el PDSP y desde los PTS departamentales y distritales las acciones en salud se sustentaron teóricamente en la comprensión de los determinantes sociales de la salud como modelo instaurado para las políticas de salud, lo que sugiere nuevamente la atemporalidad interna de la política, por lo que el componente de salud en la política de juventud asumió modelos aplicados previamente, dejando de lado los debates vigentes con respecto a ¿qué es? y ¿cómo se comprende la salud?, para este caso planteado con el modelo DSS desde 2011.

Desde el eje 3 componente de salud de la política de juventudes, se propone a los titulares de derecho como responsables directos de su agencia en salud, afectando la mirada transectorial de la salud, que se articula también a otros aspectos, como por ejemplo, a los de la salud ambiental o a las condiciones disponibles en los territorios dirigidos a garantizar el acceso al derecho efectivo de la salud como las acciones de prevención establecidas en las RIAS para las juventudes desde 2016 en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), ya que solo reconoce este curso de vida para las personas entre 18 a 28 -separándolos de los adolescentes- y definiéndolos así:

> Se reconoce a las y los jóvenes desde la heterogeneidad, desde la diversidad marcada por condiciones y situaciones como el sexo, el género, la posición social, el ingreso económico, la cultura, que enmarcan las formas de ser joven, "se es joven en un contexto concreto" (Alba,1975; citado por Villa, 2011). Así, los jóvenes son considerados como sujetos sociales que se desarrollan a través de las oportunidades y posibilidades de sus experiencias vividas y contexto, lo que les permite "*llegar a ser y a hacer"* (Vélez, 2009 en Minsalud, 2016, p. 25)

Esta postura, plantea nuevamente una diferencia de comprensión de los titulares de derecho entre las políticas de salud nacionales: PDSP-PAIS; entre las políticas de Juventud y las de salud distritales-departamentales, situación que requiere ser abordada y redefinido en función de los planteamientos de Ley Estatutaria de juventud.

Adicionalmente y en contraste con la visión nacional entre 2014-2018, la agenda del SRPA se posicionó gradualmente en la ciudad, sin embargo, los documentos

institucionales conservaron categorías peyorativas para referirse a la población infantil y adolescente en privación de la libertad, como lo fue la de reconocerlos como “menores infractores” (Gobernación de Valle del Cauca, 2020, p.87). (Ver anexo 06)

Comprensión de las juventudes en el periodo 2012-2022

En el nivel nacional para el periodo evaluado la institucionalidad define a las juventudes por los acontecimientos que atraviesan sus modos de vida, esto implica -no hablar de los sujetos sociales describiendo sus oportunidades y taras, en cambio posiciona una narrativa de estigma con respecto a las circunstancias de exposición es decir desde el flagelo o problemáticas como la del embarazo adolescente, la violencia, delincuencia o el consumo de sustancias, que finalmente son procesos o circunstancias resultado de la interacción con los entornos en los que transcurre la experiencia juvenil, en cambio, no hubo mucha discusión sobre el significado de la juventud. Un ejemplo de esto se presenta a continuación:

> […]Los preadolescentes (12-14 años) y aquellos propiamente adolescentes (14-18 años), se diferencian en la forma en que perciben la familia, la sociedad, así como en su relación con el Estado. En estos grupos poblacionales la problemática se centra principalmente en la vulneración o inadecuada realización de sus derechos sexuales y reproductivos (embarazo de adolescentes) y a la vinculación a actividades como bandas y pandillas, organizaciones criminales y reclutamiento por parte de grupos armados irregulares […] los jóvenes colombianos de 15 años de edad no tienen la capacidad de utilizar su conocimiento y habilidades para enfrentar los retos convencionales *de la vida real*… (DNP, 2011)

Esta última propuesta de lo que corresponde a las personas de 15 años propone que hubo una comprensión de las juventudes como un actor incompetente, incluso en el mundo cotidiano, lo que reproduce el estigma histórico sobre los jóvenes en la sociedad colombiana, con narrativas que lo despojan de su capacidad de agencia en *“la vida real”,* relevándolos única y exclusivamente al mundo imaginario -en el que, por supuesto no se discute la agenda de salud, ni las políticas que las abordan-, dejando dichas políticas a

cargo de un personal “altamente calificado”, tecnócrata y adulto que vive aparentemente en *el mundo real*.

Como Contranarrativa se identificó la mirada del joven como actor determinante en los procesos de definición de agenda de la política pública, este Contrarrelato visibiliza reflexión, entusiasmo -y si se quiere-, comprensión de la juventud como protagonista, el joven como actor social que reconoce las problemáticas de salud desde su experiencia Juvenil. Lo anterior parece obvio, pero es relevante presentarlo, en la medida en que permite reconocer la importancia o la fuerza con la que los jóvenes se auto perciben como actores centrales no solo en la definición de agenda, sino también en la interpretación de la realidad desde su trayectoria juvenil. Dicha contranarrativa, refleja una perspectiva que puede pasar de largo o que ha sido obviada por actores adultos.

Esta comprensión de las juventudes estuvo más orientada a una visión de poder y de oportunidad, como se muestra a continuación:

> […]Yo veo a los jóvenes con una particularidad, con una singularidad muy bonita, los veo llenos de sueños, independiente de sus necesidades, con una intención de siempre proponer, de siempre ser productivos en sus comunidades, ahora, ¡yo estoy hablando de los jóvenes que participan de este tema de políticas públicas de Juventud!, siempre cargados de bonitas energías… a mí me encantan! La mayoría de las líderes, algunas aunque salen de colegios, entran a las universidades o pertenecen a organizaciones juveniles nunca han perdido el vínculo con la política pública, son jóvenes de estrato 1,2,3, muy poquito en el estrato 4 o 5 […] (P_AJN_001)

Esta mirada de pares es necesaria en los procesos de configuración de políticas públicas de salud no solo por el aporte que supone desde la comprensión de las problemáticas si no porque reivindica el papel y su voz como actores que aportan al cambio.

Esta comprensión de la juventud como actor “carente de algo” aunque se presentó en todos los periodos de gobierno, fue más frecuente en el cuatrienio 2010-2014, y si bien con el tiempo esta narrativa fue cambiando con los datos de los Análisis de la Situación

en Salud (ASIS), discriminada por curso de vida, más enfocada a los desenlaces en salud, aún se requieren espacios para reflexionar sobre las juventudes como sujetos sociales ya que desde la salud, ha prevalecido un interés público por el segmento adolescente menor de 18 años, dejando de lado el grupo de personas entre 18 a 28 años, como lo establece la normativa nacional. Lo anterior, puede estar relacionado con la responsabilidad que el Estado y por ende el sistema de atención en salud le debe garantizar a los menores de 18 años. Así, se identifica una fragmentación de las juventudes en dos subgrupos, el primero, para el que se priorizan las acciones de salud, *los adolescentes* y el segundo, aquellos entre 18 y 28 años que son adultos y no prioritarios, lo que indica, que la salud como *praxis* se operativizó principalmente para juventudes entre 14 y 17 años y 11 meses de edad, es decir, para adolescentes.

Se estigmatiza a las juventudes por su percepción como actores adolescentes, como actores con *minoría de edad*, como menores de dieciocho años. Esta comprensión tiene atravesado una visión de *limitación*, por las implicaciones sociales que tiene el hecho de ser menor de edad, con respecto a la toma de decisiones, salir del hogar, casarse o realizar otras actividades sin que estas recaigan legalmente sobre el acudiente o cuidador principal. En el caso de las votaciones, se presentan por separado, pues desde 2021 con las votaciones de los consejos de juventud se reconoce a las personas entre 14 y 28 años como actores que determinan sus preferencias de liderazgo y política en las urnas, como cualquier ciudadano colombiano mayor de edad lo hace al participar de las elecciones tradicionales.

Así, se mantiene una estrategia de mecanismos dirigidos a la población adolescente, pero que son parciales, pues, si bien, los adolescentes hacen parte de las juventudes, no se tuvieron en cuenta las juventudes entre 18 y 28 años y sus itinerarios, lo que excluye otras realidades y modos de vida en los que se afecta o se potencializa la salud. Lo anterior, revela la importancia de la participación de los jóvenes en la configuración de la política de salud como una necesidad primordial y urgente, ya que esta mirada intergeneracional representa una oportunidad para visibilizar contranarrativas a las formas como históricamente se han comprendido en los procesos de configuración de política pública de salud, es decir, pasar del actor adolescente -menor de edad- con

cierto control del Estado, al actor joven como agente, por ende con capacidad y agencia. Finalmente se comprendió una salud pública equivalente a diseños de política pública.

Tabla 9.Narrativas de Salud y juventudes en el nivel distrital entre 2012-2022

Tipo de Narrativa	Salud	Juventudes
Narrativa dominante	La salud se comprendió durante el decenio desde un enfoque técnico institucional, centrado principalmente en el acceso al sistema de salud, en componentes específicos como la salud sexual y reproductiva, operacionalizada con los servicios amigables para adolescentes. Entre 2019 y 2021 -periodo de pandemia- esta comprensión se desplazó, incorporando mayor visibilidad para la salud mental articulado a los efectos del confinamiento y del orden público (paro), predominó la salud asociada a la esfera individual, prácticas de autocuidado y los estilos de vida saludables, con un marcado traslado de la responsabilidad de los desenlaces de salud a los jóvenes -comportamiento individual-, principalmente a los adolescentes (entre 14 años y 17 años y 11 meses)	Se comprendió a las juventudes desde una forma fragmentada, con enfoque en la adolescencia. como sujetos sociales se entendieron como población en riesgo por las situaciones de violencia, delincuencia desempleo, embarazo adolescente y consumo de SPA. Se privilegió la comprensión del grupo desde sus problemáticas y no como un colectivo social diverso, con capacidad de agencia.
Contranarrativa	La salud afectada por condiciones estructurales como precariedad económica, INSHAN, confinamiento, violencia, brechas digitales. Tensión entre las necesidades de la experiencia juvenil y los mecanismos de la política de salud que no los reconoce y los aborda superficialmente.	Juventudes como protagonistas de procesos sociales y políticos visibilizados en la participación comunitaria y reconociendo la participación como la puerta de entrada para el reconocimiento de capacidades.

Tipo de Narrativa	Salud	Juventudes
Metanarrativa	La metanarrativa de la política de salud para juventudes se configura en un contexto de atemporalidad interna y externa, en el que coexiste el Modelo de los DSS se operativiza mayoritariamente desde la prevención centrado en el comportamiento de riesgo en salud individual en salud que ve a los jóvenes como usuarios adolescentes –menores de edad- y dejando de lado a los jóvenes entre 18 y 28 años, sin abordar los determinantes estructurales e intermedios. Esta situación da cuenta de una brecha entre los marcos teóricos declarados en la política decenal de salud pública, los planes territoriales de salud de Cali y lo establecido en el eje de salud de las políticas de juventudes a nivel distrital. En este escenario, se configura la política con una tensión entre el amparo estatal y la agencia de las juventudes.	
La metanarrativa *si* resuelve la tensión en el plano interpretativo al reorganizar el sentido de la política de salud específicamente en la comprensión del colectivo juventudes desde una condición de déficit asociado a la edad -minoría de edad-, para transitar hacía la comprensión como experiencia social situada y diversa en situaciones desigualdad. Así*, El problema no reside en las juventudes per se* cómo grupo social, ni tampoco en la oferta de programática, para reconocer que los procesos de configuración de política de salud desconocen los modos de vida, las necesidades en salud y su capacidad de agencia.		

Fuente. Elaboración propia

Capítulo 5. Definición de la agenda y actores involucrados en el proceso de la configuración de las políticas públicas de salud para juventudes de Cali entre 2012- 2022

En este apartado se presentan los relatos y contrarrelatos con respecto a la agenda y los actores relacionados con la configuración de las políticas públicas de salud en los tres niveles de gobierno -nacional, departamental y distrital- para el periodo 2012-2022.

Para este análisis es importante reconocer que los actores pueden clasificarse según distintos atributos[25], por ejemplo, de acuerdo con la naturaleza de la representación pueden ser : individuales o colectivos; conforme su naturaleza jurídica: públicos, privados o procomún; según sus lógicas de actuación: políticos, burocráticos, del interés general y expertos; y, según su rol en el proceso de configuración de la política pública, como promotor, director, opositor, aliado, mediador y Gate/keeper.

El periodo 2012-2022 en el que se enmarca esta investigación, estuvo precedido por importantes transformaciones en el sector salud, derivadas del análisis de los avances y efectos de la Ley 100 de 1993, tras una década de su sanción. Dicho balance, evidenció múltiples inconformidades en el sector público y fueron objeto de discusión, concretamente, entre los años 2003 y 2007, periodo en el que se expidió la Ley 1122 de 2007, la cual definió el aseguramiento en salud como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (Ley 1122 de 2007). Con esto, se determinó que el asegurador asumiera el riesgo transferido por el usuario y cumpliera con las obligaciones establecidas en los planes obligatorios de salud, reconfigurando así, las responsabilidades institucionales dentro del sistema y las relaciones entre los distintos actores del sector.

Reconocer este aspecto resulta necesario, pues, como se mencionará más adelante, el *Aseguramiento* constituyó uno de los focos centrales en la agenda de las políticas de

[25] Estas categorías se describen en el anexo 02.

salud del país, en los tres niveles de gobierno durante el *primer cuatrienio* del periodo analizado, entre 2012 a 2016.

Asimismo, deben considerarse las implicaciones de la reforma del Sistema General de Salud Nacional y aquellas propias de la configuración de las políticas públicas de salud para las juventudes, ya que, la agenda se centró principalmente en el subgrupo adolescente de las juventudes, tal como se describe en la Resolución 1438 de 2011, artículo 115, que se establece que: "las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán presentar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados (Ley 1438 de 2011).

En Colombia, la salud de las juventudes ha sido operativizada principalmente desde acciones de salud pública, sustentadas en problemas de salud monitoreados a partir de indicadores sanitarios. No obstante, se identificaron vacíos y limitantes importantes en el diseño de indicadores de salud específicos para dar cuenta de las situaciones problemáticas que afectan a las personas entre 14 y 28 años. Adicionalmente, por fuera de la afiliación al sistema este grupo poblacional no ha contado con una garantía del acceso al derecho, lo que derivó en una invisibilización de sus problemáticas, y en consecuencia, deficiencias en las estrategias propuestas para una garantía integral a sus necesidades en salud.

Fue durante el primer gobierno de Santos (2010-2014) cuando la agenda se centró con mayor énfasis en el aseguramiento en salud, periodo que además resultó particularmente álgido en términos administrativos, debido a los requerimientos implicados en las acciones en salud para los tres niveles de gobierno. Un ejemplo de ello fue una visión decenal de la problemática sanitaria, que supuso un tránsito desde una planeación de la salud de alcance cuatrienal -propia de los gobiernos-, hacia una perspectiva Estatal y decenal. Lo anterior, constituyó a un hito de interés, determinante para la financiación y la articulación de los actores vinculados en la configuración de la política pública de salud para la población colombiana, incluidas las juventudes.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: "la salud en Colombia la construyes tú"

Desde el año 2003 en adelante, un actor presente en la definición de agenda y en la configuración de la política nacional de salud sexual y reproductiva para las juventudes en Colombia ha sido, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), más recientemente, Profamilia y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en articulación con los equipos del Ministerio de Salud del país.

Como se presentó previamente en el capítulo 4, el PDSP estableció su agenda en ocho dimensiones y sus respectivas líneas de acción para impactar a 10 años la salud de la población residente en Colombia en términos de: 1. Salud ambiental (Atención Primaria en Salud Ambiental), 2. Vida saludable y condiciones no transmisibles; 3. Convivencia social y salud mental; 4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional; 5. Dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; 6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles; 7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres; 8. Dimensión salud y ámbito laboral y las dimensiones transversales: fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud y Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, siendo esta última, junto a la dimensión cinco, desde las que se agenció la problemática en salud para juventudes, por ser esta población entre 14 y 18 años reconocida como adolescentes, por ende vulnerables y sobre los que se tiene un interés por sus comportamientos de riesgo, más específicamente aquellos enmarcados en la salud sexual y reproductiva, como línea de acción clásica de la salud pública con la que se comprenden las juventudes.

Tabla 10.Agenda en salud para región pacífica PDSP 2012-2021

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores de las regiones	Región
Salud Ambiental	Acceso y calidad del agua	Pacífico, Amazonía, Orinoquía, Caribe, central Bogotá y C/marca
	Inadecuada manipulación y disposición de residuos Sólidos, incluyendo hospitalarios	Pacífico, central, oriental
	Intoxicación por Plaguicidas	Caribe, Pacífico, Amazonía, Orinoquía, Oriental
	Contaminación de los recursos Naturales	Oriental
	Articulación con los Ministerios de Medio Ambiente, Trabajo y Educación y vivienda, Transporte, Agricultura y Comercio	Central, Caribe, pacífico, Bogotá y Cundinamarca oriental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores de las regiones	Región
Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Embarazo en adolescentes	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Riesgos de enfermedades de Transmisión Sexual (TS), prevención VIH	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Cáncer de cérvix	Oriental, Pacífico, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Deficiencia en Accesibilidad/Calidad/Adherencia Programas de Salud Sexual y Reproductiva	Oriental, Pacífico, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Mortalidad Materna y Perinatal	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Equidad de la Mujer	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Nota: dentro de los desafíos priorizados para la Dimensión en el ejercicio nacional en la región Pacífico no se priorizó sobre: Derechos en Salud sexual y Reproductiva; Barreras de acceso a planificación familiar y verla más allá de la fecundidad; Discriminación a la población LGBTI; Oportunidades sociales en los jóvenes Educación sexual	
Convivencia y Salud Mental [26]	Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Amazonía, Orinoquía, Oriental
	Salud Mental	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, oriental
	Violencia Social	Pacífico
	Suicidios	Pacífico
	Nota: dentro de los desafíos priorizados para la Dimensión en el ejercicio nacional en la región Pacífico no se priorizó sobre: Violencia sexual y violencia intrafamiliar; Impacto negativo de los medios de comunicación sobre los patrones de consumo; Violencia de Género (Mujer, LGTBI); Discriminación a discapacitados; Matoneo en los colegios; Desintegración familiar; Convivencia social, valores y principios; Víctimas del conflicto armado; Ausencia de espacios de recreación y esparcimiento para que niñas(os) y jóvenes puedan aprovechar el tiempo libre; violencia Sexual infantil, explotación; Respuesta integrada para la respuesta a la atención de víctimas: Atención especializada a jóvenes con problemas de drogadicción; Discriminación de género, étnica; Accidentalidad de tránsito; Sicariato; Abandono de los adultos mayores y discapacitados.	
Seguridad Alimentaria y nutricional	Malnutrición infantil y del adulto mayor	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Caribe, Orienta
	Inseguridad Alimentaria [27]	Pacífico, Oriental
	Obesidad en niños y adolescentes	Pacífico
	Dificultad para el acceso a los alimentos desde la Seguridad Alimentaria	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Caribe
	Nota: dentro de los desafíos priorizados para la Dimensión en el ejercicio nacional en la región Pacífico ***no se priorizó*** sobre: Formulación de políticas y planes de acción para fomentar el Mercado Verde y los productos colombianos; Inadecuados hábitos de consumo Oriental; Estilos y hábitos alimentarios; Lactancia materna; Acceso a la canasta alimentaria; Vigilancia y control sanitario a los comedores infantiles y del adulto mayor; Soberanía alimentaria, acceso y disponibilidad de alimentos por inadecuado uso de la tierra; Trastornos alimentarios, como malnutrición, obesidad, anorexia y bulimia, especialmente en adolescentes y jóvenes; Higiene y cuidado personal	

[26] La agenda de Salud Mental estaba articulada a la agenda de Convivencia

[27] En Malnutrición Infantil, INSAH y Obesidad en población se centraron en los cursos de vida Infancia y adolescencia; problema la dificultad para el acceso a los alimentos desde la Inseguridad Alimentaria referido Solo por Región Pacífica en la que se encuentra Cali.

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores de las regiones	Región
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Cáncer de mama, Cáncer de estómago	Pacífico
	Atención a la discapacidad y enfermedades huérfanas	Amazonia y Orinoquia, Bogotá y Cundinamarca, Caribe, Pacífico, Oriental
	Acceso a servicios de la población rural y dispersa	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Caribe, Oriente
	Crecimiento desproporcionado de las ciudades	Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca, Pacífico
	Acceso limitado a los servicios de salud en las personas mayores	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Nota: dentro de los desafíos priorizados para la Dimensión en el ejercicio Nacional en la región Pacífico **no se priorizó** sobre: salud bucal; Actividad física, uso de la bicicleta; Alcohol y tabaco; Ausencia de control en la publicidad de alimentos no sanos (calorías vacías); Dificultad para el acceso y alimentación adecuada; Insuficiente promoción del autocuidado y de la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud; Falta de apropiación cultural y control de riesgos de accidentalidad de tránsito, relacionada con consumo de alcohol y falta de respeto por las normas y señales de tránsito; Insuficiente señalización de los espacios públicos en la ciudad; Dificultad para el acceso a una vivienda digna; Medicina tradicional; Población habitante de la calle	
Vida Saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades respiratorias	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Enfermedades diarreicas	
	Tuberculosis	
	Proliferación, control y vacunación de perros	
	Exposiciones rábicas	
	Enfermedades transmitidas por vectores (Dengue en población urbana y Paludismo en población rural, y en menor escala Leishmaniasis)	Pacífico, Caribe, Amazonia y Orinoquia, Oriental, Central
	Intoxicación Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA	Pacífico, Caribe, Amazonia y Orinoquia
	Lepra	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca
	Cobertura de vacunación en los niños	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
Salud pública en emergencias y desastres	Articulación con los Ministerios de Medio Ambiente, Trabajo, Transporte, Educación y Vivienda	Pacífico, Amazonia y Orinoquia, Caribe, Central, Bogotá y Cundinamarca
	Población en zona de alto riesgo – volcán Galeras (9000 habitantes)	Pacífico
	Nota: dentro de los desafíos priorizados para la Dimensión en el ejercicio Nacional en la región Pacífico no se priorizó sobre: Huracanes e inundaciones; Disponibilidad de información en salud; Formación de Grupos de Respuesta Inmediata; Sistema de comunicación integrado; Transporte (integrado público y privado); Capacitación, investigación; Empoderamiento de la comunidad; Deslizamientos; Fortalecer la respuesta de los municipios ante un desastre natural	
Salud Entorno laboral	Protección de accidentes de trabajo	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Condiciones de los ambientes y entornos saludables	
	Desempleo	
	Explotación infantil	
	Trabajo informal sin protección	

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores de las regiones	Región
	Coberturas de protección de riesgos laborales	
	Prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo y la ocupación	
	Programas de prevención de riesgos en el entorno laboral	
	Nota: dentro de los desafíos priorizados para la Dimensión en el ejercicio Nacional en la región Pacífico no se priorizó sobre: Condiciones laborales de riesgo sin protección en zonas de explotación minera; Oportunidades laborales para personas con discapacidad y LGBTI.	
Acciones Transversales	Cubrir plazas de especialistas en las regiones	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Estrategias para el trabajo intersectorial	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Descentralización de los recursos y fragmentación del sistema	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Atención Primaria en Salud	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Integralidad y continuidad en la atención de salud y dificultades para la obtención de los medicamentos, entregas parciales e insuficiente control de calidad, pertinencia, inclusión en el POS	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Protección de accidentes de trabajo	Pacífico
	Disponibilidad de sangre y hemoderivados seguros en la región	Pacífico
	Acceso, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud	Oriental, Pacífico
	Nota: dentro de los desafíos priorizados para la Dimensión en el ejercicio Nacional en la región Pacífico **no se priorizó sobre**: Programas de prevención y cesación del consumo de sustancias psicoactivas; Equidad en la distribución de los subsidios; Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de servicios de salud, diagnósticos tardíos; Integralidad y complementariedad de los servicios de salud; Articulación intersectorial para la prestación de los servicios sociales integrales; Protección en salud a los trabajadores informales; Ajuste a la ponderación para la calificación del SISBEN en la asignación de subsidios en población urbana y rural; Fortalecer la Gestión de la Salud Pública; Intervención de la corrupción en el Sistema de Salud y evitar la fragmentación del sistema; Transformar positivamente las deficiencias del Sistema de Salud actual	

Fuente. Elaboración propia con base en Problemas y necesidades diferenciadas por dimensiones y regiones PDSP 2011-2021

Agenda en salud para juventudes desagregada por dimensiones del PDSP 2012-2021

Con respecto a la agenda en salud propuesta en el PDSP 2012-2021, en necesario considerar su naturaleza de política estatal, y que aunque declaró una participación de todos los territorios del país, presenta algunas limitaciones para el análisis distrital, ya que la agenda de necesidades generales tuvo una desagregación departamental.

Desde esta perspectiva, a continuación, se presenta la agenda en salud, propuesta en el PDSP, que incluye las líneas transversales -dentro de las que se vinculó a la población adolescente del colectivo juventudes-, en las que se consideraron superficialmente aspectos de los modos de vida, como la condición de discapacidad, la condición de víctima del conflicto armado y el autorreconocimiento étnico. Aunque estos enfoques fueron presentados en bloque poblacional, es decir, sin desagregación por curso de vida, se reconocen las diferencias sociales tenidas en cuenta como desventaja o como oportunidad para la agenda de salud de las juventudes.

De igual forma, dado que el PDSP 2012-2021 aseguró que cada una de las ocho dimensiones prioritarias tenía acciones afirmativas y complementarias, así como acciones en las dimensiones trasversales, es necesario identificar las narrativas de la agenda determinada para la región pacífica, ya que fueron insumo de la política sanitaria y por correspondencia territorial incide en la ciudad de Cali.

Narrativas de la agenda en salud para la infancia y la adolescencia nacional

En este momento el país atendió la necesidad de vincular las voces de los titulares de derecho, incluyendo a 360 Niños niñas y adolescentes en las consultas del PDSP, a través de 10 talleres dirigidos a su comprensión de los problemas de salud y como resultado se obtuvieron siete aspectos, a saber: 1. Calidad en el aire; 2. Limpieza; 3.Espacios diseñados para el juego y el disfrute de los niños niñas y adolescentes; 4. Sonrisas y buen trato; 5. Percepciones de salud-enfermedad, 6. Intenciones relacionales y buen trato y 7. Rol de los adultos como modelo ejemplar para la infancia, (en acciones como por ejemplo, levantar la basura).

En estos talleres se documentaron narrativas de actitudes valoradas en los diferentes entornos en los que se desarrollaba la infancia y la adolescencia, así: 1. Entorno familiar, ser acompañados en actividades cotidianas, como bañarse, vestirse o comer; 2. En las instituciones de salud poder compartir con padres y abuelos (red de cuidado inmediata); 3. Reconocer la importancia de los aspectos relacionados con la humanización en los servicios de salud; 4. En el entorno escolar, ser felicitados por sus logros académicos; 5. Que se atendieran sus preguntas en el jardín (relevancia de su curiosidad); 6. Durante la atención sanitaria, que les explicaran los procedimientos a recibir, por ejemplo, cuando están en el hospital; 7. Acceso a música, juego, disfrute con amigos y a la actividad física; y finalmente 8. Recibir un buen trato. Adicionalmente, los participantes relacionaron el crecimiento físico con la promoción de "actividades que fueran agradables" y que garantizaran su salud; con respecto a las percepciones sobre el cuerpo y la alimentación, indicaron que la alimentación podía mejorar, y se identificó que los NNA vincularon las porciones de comida con la malnutrición por exceso, con narrativas como: "no me sirvan mucho almuerzo, porque me engordo".

Así, a nivel nacional, las narrativas de la infancia y adolescencia se pueden consolidar en necesidades de: salud ambiental, salud alimentaria, salud física, reconocimiento de rol de la familia en las dinámicas de cuidado-como cuidadores directos-, los adultos como personas ejemplares y con respecto a las acciones protectoras en salud, se esperaba una atención en salud centrada en ellos.

En la tabla 10 se presentó la agenda en salud priorizada por la población por regiones en la jornada del nivel nacional, conforme la metodología que se planteó en el PDSP 2012-2021 y que desde un enfoque cualitativo, articuló las narrativas de la comunidad y las de los actores institucionales, reconociendo los desafíos priorizados de cada región por dimensiones de la política. Por lo tanto, un punto de partida en el análisis consiste en reflexionar que esta perspectiva de Región pacifica implicaba cinco departamentos: Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño. Sin embargo, dichos territorios no solo presentan diferentes particularidades geográficas, tensiones políticas, económicas y sociales, sino que también, diferencias en las necesidades de acceso a la salud y de capacidad instalada en los servicios sanitarios locales, por ende se encuentra que

presentan diferentes necesidades y por ende diferencia en las propuestas de abordaje centrado en los modos de vida de las juventudes que allí habitaban.

Por lo anterior, al analizar la agenda en salud descrita en los procesos del nivel nacional, se debe reconocer que la configuración de la agenda de salud para juventudes central pero con diferencias en cada nivel de gobierno (departamental y distrital). Dicha diferencia estuvo sustentada en el inventario de problemas priorizados y por ende movilizaron por distintos mecanismos en los tres niveles. Así, la priorización de la agenda nacional pudo omitir o representar parcialmente los intereses de la agenda departamental y distrital, no solo porque en este nivel la visión era general, con mirada regional, sino porque dependiendo de los escenarios, los intereses de los actores y el nivel de poder y conocimientos que estos ostenten pueden determinar la identificación y priorización de problemas, repercutiendo en las acciones orientadas o no al colectivo de juventudes y su diversidad.

Así, por ejemplo, por dimensión en la salud ambiental las problemáticas definidas para el pacífico fueron similares a la mayoría de las regiones, ya que, estuvieron orientadas a la agenda de seguridad hídrica, la disposición de residuos, los plaguicidas y la articulación transectorial. En la dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, se identificó que la agenda para la región pacífica se centró en las enfermedades de trasmisión sexual y el embarazo adolescente. Lo anterior, se distanció de la agenda definida para otras regiones del país, en las que desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud. Un ejemplo fue el de la salud sexual y reproductiva (SSR), que otros regiones vincularon desde narrativas con enfoque de un derecho a la educación sexual y el disfrute de la sexualidad y la reproducción. Además, para SSR otras regiones vincularon a esta línea narrativas relacionadas a las situaciones discriminatorias en población LGBTI. Se identificaron diferencias entre regiones con respecto a problematización sobre las barreras de acceso a oportunidades y programas para juventudes, siendo Bogotá y Cundinamarca quienes problematizaron esta esta situación; mientras que las mismas fueron omitidas en la priorización por la región pacífica, que se enfocó en aspectos como: cáncer, mortalidad materna, mortalidad perinatal y temas de equidad para la mujer. Esta diferencia de priorización entre regiones desde el nivel central

representa una omisión determinante de las situaciones de los jóvenes de la región, incluida la agenda para las juventudes de Cali.

Para la región pacífica, el componente de salud alimentaria del PDSP con respecto a los jóvenes, se centró en las cifras de obesidad de los adolescentes y en aspectos como la Inseguridad Alimentaria[28]. En esta misma línea, un desafío para la región pacífica fue la problemática de acceso de los alimentos, más específicamente al acceso económico, que está determinado por el precio de los alimentos. Otras regiones del país priorizaron además los trastornos de la alimentación en adolescentes y jóvenes.

Vida saludable y condiciones no transmisibles

Para esta dimensión en el pacífico se reportaron cinco (5) desafíos con las siguientes temáticas: cáncer de mama, cáncer de estómago, enfermedades huérfanas, crecimiento de las ciudades por las implicaciones en la salud y el acceso a la salud para personas mayores. Importante como en otras dimensiones, no se discriminaron acciones concretas para juventudes, esto sugiere, que si bien, para el 2011[29] ya se contaba con cifras sobre el aumento en el exceso de peso de personas entre 14 y 28 años, así como, en el incremento en la consulta por enfermedades crónicas no transmisibles[30] por jóvenes en los últimos 10 años, pero fueron datos que se omitieron durante la priorización del PDSP.

Así, aunque en Colombia se habían monitoreado las cifras de la población con ENT, evidenciando un aumento de las cifras de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en todos los grupos poblacionales entre 2005 y 2010, datos registrados en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) (ICBF et al, 2010, p.35), estos, no se tuvieron en cuenta para la configuración del PDSP 2012-2021. Lo anterior puede sugerir, que si bien se contaba con datos de los eventos en salud, estos no siempre estuvieron disponibles o suficientemente socializados con los actores que participaron de la definición de desafíos por regiones del PDSP, pues estos fueron omitidos.

[28] que es una medición que se realiza por hogar, en la que se indaga por menores de 18 años para asignar el nivel del hogar así: leve, moderada o severo, pero que también incluye juventudes mayores de edad -entre18 y 28 años- en calidad de jefes de hogar
[29] fecha de formulación del PDSP
[30] Cifra que venía aumentando desde el año 1986

Metas PDSP 2012-2021 Oportunidad como población escolarizada

Como se ha presentado anteriormente las acciones para población entre 14 y 28 años se comprendieron estratégicamente dentro del entorno escolar, así, se plantea que estar escolarizado representa una oportunidad para la salud de las juventudes que dentro de sus modos de vida tienen, el estar vinculado al sistema educativo, pero que sigue dejando de lado las realidades de los jóvenes por fuera de la escolaridad. Con esta claridad, a continuación se presentan las cuatro metas para juventudes escolarizadas, así como tres metas más, en las están juventudes diluidas con otros cursos de vida:

Tabla 11.Metas del PDSP 2012-2021 para personas entre 14 y 28 años

No	Meta PDSP 2012-2021	Códigos
1	A 2021, se logra incluir mínimo 300 minutos de actividad física a la semana en actividades asociadas a: caminar, realizar prácticas de senderismos, marchar, nadar recreativamente, practicar danza en todas sus modalidades, montar en bicicleta, patinar, y otras prácticas, que semanalmente se desarrollen en instituciones de formación de niños y jóvenes en la totalidad del sistema educativo.	Salud Física en escolares
2	A 2021, se implementa la estrategia Once para la salud en el 80% de las instituciones educativas con estudiantes de primaria y básica secundaria (10 y 12 años), en articulación con las Secretarías de Educación.	Población Escolarizada, pero Población Infantil
3	A 2021, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.	Población escolarizada
4	Para el año 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizará que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.	Salud Sexual y Reproductiva Escolarizados
5	A 2015, disminuir a 35.9% la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años; a 44.6% en mujeres de 18 a 64 años; y a 30.2% en mujeres de 13 a 49 años.	Juventudes con datos de adultos hasta 49 y 64 años
6	A 2015 [31], reducir a 20% la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales.	Juventudes femeninas fusionado con datos de adultos hasta 49 años
7	Para el año 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.	La meta incluye diferentes grupos considerados vulnerables

Fuente. Elaboración propia

[31] Se identificaron mayoritariamente acciones centradas en primera infancia

Con respecto a la salud alimentaria en el PDSP, se identificó la siguiente meta: “a 2021 se debían aumentar progresivamente los impuestos para los alimentos y bebidas, que no cumplieran con las recomendaciones definidas por la OMS, (MinSalud, PDSP, 2012)”. Con respecto a esta meta, entre 2012 y 2021 se realizaron diferentes acciones incrementales, como la medición de ingesta entre 2015 y 2018 que indicó, que el 85.5% de las personas entre 13 y 17 años consumían golosinas y dulces, 85.4% consumían gaseosa, el 82,7% alimentos de paquete y el 79.2% embutidos, siendo estos tres últimos productos más consumidos por adolescentes, en contraste con otras poblaciones del país (ICBF et al., 2015). Sin embargo, dada la sensibilidad del tema y con tantos intereses de la industria de por medio, la meta avanzó apenas hasta el año 2024.Incluso, la normativa que dio soporte legal para la meta referida presentó varios ajustes al cierre del PDSP. Fue hasta el año 2022, cuando se evidenciaron más acciones dirigidas a la agenda de Salud alimentaria, con en la política de salud nacional y la presentación de normativas como la Ley 2277 de 2022 en su art. 54, la Resolución 2492 de 2022 y la Resolución 158 del 25 de octubre de 2023.

En esta misma línea, en el PDSP 2012-2021 se propuso a 2021 una disminución del consumo de sal/sodio por persona/día, sustentado en estudios y líneas de base de la poblacionales del país (MinSalud, 2013). Aunque, la disminución del consumo de sal/sodio no fue un hecho, -ni lo es al momento de la escritura de esta tesis-, fue a partir de la resolución 2013 de 2020 que se normativizan los contenidos máximos de sodio de los alimentos procesados y priorizados en el marco de la Estrategia nacional de reducción del consumo de sodio para Colombia (MinSalud, 2020, p.1); esta decisión, tuvo efecto en los diferentes entornos, incluido el laboral y el escolar, posibles espacios en los que se desarrolla la experiencia juvenil y las acciones de promoción de las políticas de salud.

Lo anterior, tiene relevancia para el análisis, pues si bien existen diferentes formas de transitar la experiencia juvenil, muchas de las acciones en salud se desarrollaron en el entorno escolar y, aunque en este hay diferentes grupos poblacionales, se reconoce que muy probablemente en este entorno hay personas entre 14 y 28 años. No obstante, se reitera que la escolarización no es una realidad para todas las juventudes.

Con respecto a la dimensión *Salud pública en emergencias y desastres*, la región pacífica apenas se identificaron dos desafíos, articulación transectorial y propiamente la situación del volcán Galeras. Esta priorización, si bien, correspondió a un buen ejercicio, evidenció una comprensión superficial del Modelo DSS, así como de las situaciones de los territorios para definir de forma más acertada los desafíos en materia de salud pública. Por ejemplo en emergencia y desastres, ya que la región pacífica por su diversidad de departamentos y geografía presenta zonas con periodos de lluvia e inundaciones. Estas últimas para 2010 y 2011 dejó las siguientes cifras: hogares damnificados por emergencia invernal en Cauca (55.411), Valle del Cauca (26.137), Putumayo (3.384), Nariño (39147), mientras que el número de personas potencialmente damnificadas de la región fue de 201.010 en Cauca, 88.813 en Valle del Cauca, 13.513, Putumayo y 145.177 Nariño (DANE, 2011, p. 22), sin embargo no se priorizó. Este tipo de situaciones son resultado de las inequidades presentes en los territorios, pero también, se convierten en factores que las profundizan, cuando en priorizaciones de nivel nacional no se incluyen. Esta ausencia de acciones afecta a familias con personas entre 14 y 28 años, bien sea por ser integrantes o por ser jefes de hogar.

Con respecto a la salud en el entorno laboral, los desafíos priorizados para esta dimensión del PDSP, se enfocaron en los riesgos laborales, incluyendo lo *informal* y lo formal. Así, se consideró el desempleo, la explotación infantil y los entornos laborales saludables, como situaciones de interés. Para la región no se priorizaron acciones concretas con juventudes, ni con población en condición de discapacidad, o con diversidad sexual como la población LGBTI[32]. No obstante, estos grupos sociales mayoritariamente se ocupan en labores del sector *informal*, por ende en el análisis se reconoce esta priorización.

La región pacífica y el nivel nacional priorizaron como agenda común la dimensió*n vida saludable y enfermedades transmisibles*, con nueve desafíos: enfermedades respiratorias, diarreicas, tuberculosis, proliferación, control y vacunación de perros exposiciones rábicas, enfermedades transmitidas por vectores, (Dengue (urbano) y

[32] Para este tiempo no se hablaba formalmente de Queer para dar cuenta de la diversidad LGBTI+Q por esa razón solo se usa la primera parte de la sigla en contexto con el momento en que se define la política.

paludismo (rural), y en menor escala, Leishmaniasis), intoxicación, Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), lepra y cobertura de vacunación en los niños, esta fue la única dimensión del plan decenal homogénea para todas las regiones del país.

El tema de la discapacidad a pesar de ser un hito en las narrativas de configuración del PDSP, se discutió superficialmente en las ocho dimensiones y no consideró la perspectiva de curso de vida. Entender la discapacidad con un enfoque de juventud es determinantes, ya que afecta los itinerarios de vida y el desarrollo social de forma diferente que en otros cursos de vida, lo cual se define como una omisión importante, considerando que en el ejercicio de priorización y como problemática general se reconoció que: la discapacidad era más recurrente en hogares pobres y por las difíciles condiciones de vida, alimentaba un círculo vicioso de pobreza. Estas personas estaban afiliadas mayoritariamente al régimen subsidiado (65%) por no contar con capacidad de pago y pertenecían en un 70% a los estratos 1 y 2. Adicionalmente, las personas entre 12 y 29 años presentaban mayor demanda insatisfecha de dispositivos para su discapacidad (MinSalud, 2013).

Finalmente, las acciones transversales del PDSP 2012-2021 como se mencionó previamente, correspondieron a las acciones que incluían directamente las poblaciones vulnerables, dentro de ellas, población víctima del conflicto armado, juventudes y población en condición de discapacidad. Sin embargo, en estas acciones no se evidenciaron concretamente, acciones dirigidas a juventudes, ya que, dentro de los desafíos priorizados estuvieron: la Atención Primaria en Salud (APS), cubrimiento de plazas de especialistas en las regiones, estrategias para el trabajo intersectorial, descentralización de los recursos y fragmentación del sistema, integralidad y continuidad en la atención de salud y dificultades para la obtención y entrega de los medicamentos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), disponibilidad de sangre y hemoderivados, seguros en la región, y finalmente el acceso, oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud, mientras que en la agenda de otras regiones, estuvo también la priorización de transformar las deficiencias del sistema de salud actual y nuevamente, acciones alrededor del entorno laboral, los riesgos profesionales y ocupacionales.

Sobre este PDSP, se identificó casi que el diseño de una política pública nacional por cada dimensión, es decir, como si en la narrativa nacional se comprendiera que desagregar cada dimensión en función de una política pública sería el mejor mecanismo para garantizar que a 10 años: los recursos, las estrategias y los actores responsables estuvieran mejor definidos. A esto se le debe reconocer una *sobre producción de políticas nacionales* en pro de su desarrollo y por ende una fragmentación administrativa para su abordaje y que implica a su vez una agenda sanitaria fragmentada y en la que mayoritariamente las juventudes estuvieron parcialmente incluidas.

Así, la agenda en Salud Sexual y Reproductiva, desde el año 2003 estuvo liderada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), más recientemente por entidades como Profamilia y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), que articulados con los equipos del Ministerio de Salud de Colombia, determinaron la agenda en salud sexual y reproductiva, aportando en la configuración de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) de las juventudes del país.

Imagen 13.Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos



Fuente. Tomado de MINSALUD

En este componente, se identificó el programa de prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos dentro del cual se declaró un objetivo concreto para las juventudes, concretamente para adolescentes como se muestra a continuación:

> Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores. (MinSalud, 2013)

El párrafo anterior refuerza lo que se identificó en capítulos anteriores, el énfasis declarado fue en adolescencia, personas entre 14 años y 17 años 11 meses, en este caso ampliando hasta personas entre 18 y 19 años; Con lo cual, la agenda SSR estuvo fusionada con personas entre 10 y 14 años por la perspectiva de "*edad reproductiva*" en la que se vincula infancia, adolescencia y menores de 19 años, pues la categoría de embarazo adolescente de la agenda internacional comprende este corte de edad. De igual forma, se reitera que la agenda de salud se fusionó -como en otras temáticas- con población infantil.

En el PDSP esta dimensión contó con las siguientes metas para juventudes:

- ✓ A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
- ✓ 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
- ✓ A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).

Actores relacionados en la agenda de la Dimensión SSR

Entidades Territoriales de Salud y Educación, Mecanismos de Género, EPS, IPS, equipo técnico de Profamilia, representantes de las organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales de cooperación representados en UNFPA, OPS, ONU mujeres, OIM y representantes de la academia.

La evaluación del cumplimiento de la agenda de Salud Sexual y Reproductiva del PDSP reportó que de los 3 indicadores de gestión apenas se cumplió con el 33% y de los cuatro indicadores de resultado con el 40% (UNIANDES, 2022), esto revela un incumplimiento importante. No se discriminó el cumplimiento de la dimensión por curso de vida.

Dimensiones transversales del PDSP 2012-2021: la juventud como población vulnerable

Como se presentó anteriormente, el enfoque de curso de vida fue adoptado desde el Ministerio de Salud nacional como salto cualitativo respecto al ciclo vital, ya que abarca la totalidad del ciclo vital, y además reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la vida, "en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo, que en otros momentos de la vida" (Barker, 1998; citado por Schutzen en MinSalud, 2015, p1).

Si bien, el documento de ABC del curso de vida del Ministerio de Salud fue posterior al lanzamiento del PDSP, la perspectiva de Curso de vida estuvo presente desde su configuración. Inicialmente, se articuló de manera híbrida con narrativas propias del ciclo vital, especialmente durante el primer cuatrienio de la vigencia del PDSP, y posteriormente[33] se consolidó una narrativa de curso de vida más posicionada y vinculada a los diferentes reportes de salud, como el ASIS. Esta distinción es relevante, en tanto el enfoque del ciclo vital comprende el desarrollo desde una lógica lineal y secuencial, mientras que el enfoque de curso de vida lo concibe como un proceso acumulativo, construido a lo largo del tiempo y atravesado por la acumulación de experiencias que inciden en la salud.

Así, en el marco de la dimensión transversal del PDSP, las juventudes fueron comprendidas como una población vulnerable, fundamentalmente por la inclusión del grupo adolescente, concebido como titular de mayor protección por su condición de minoría de edad. En coherencia con esta comprensión, los objetivos definidos para la adolescencia se orientaron a:

- ✓ Lograr en los territorios la construcción, operación y evaluación coherente y sostenible de las políticas públicas intersectoriales y sectoriales, orientadas a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, a través de procesos de gestión de las políticas públicas, en el ciclo de gestión de lo público, en coordinación y alineación con el sector privado, la cooperación y garantizar que el sector salud se constituya como un entorno que reconozca a las niñas, niños y

[33] por lo menos, lo identificado en los documentos a nivel nacional en el periodo evaluado.

adolescentes como titulares de derechos, al proveer atención humanizada que cumpla con los atributos de calidad, de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales, y orientada a los resultados en salud y al acortamiento de brechas de inequidad en el territorio nacional.

- ✓ Lograr en los territorios (municipios y departamentos) la identificación de prioridades de política pública a partir del análisis de situación de los derechos y el seguimiento de los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, fortaleciendo los procesos de gestión, análisis y retroalimentación de la información, generación de conocimiento y vigilancia en salud pública.

Las metas del componente, que incluyeron de manera directa a la población entre 14 y 28 años, se centraron en adolescencia así:

- ✓ A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia.
- ✓ A 2021, al menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud, habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación.
- ✓ En 2019 se tendrán definidas líneas de base y metas en la disminución de mortalidad y morbilidad evitables en niñas y niños de entre 6 y 10 años y en adolescentes (11 a 17 años).
- ✓ En 2021 las acciones territoriales en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia formarán parte de la ruta integral de atenciones definida por el marco de política nacional.
- ✓ En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes, reconocen los resultados de la política de humanización[34] que implementa el sector salud.
- ✓ A 2016 el país contará con líneas de base nacional y territorial, del desarrollo infantil y de la condición de discapacidad de niñas, niños y adolescentes.
- ✓ A 2016 el país contará con línea de base respecto a la situación de salud de las y los adolescentes.

[34] La Política de Humanización fue publicada hasta 2021, pero desde 2014 se contaba con el anexo técnico: Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.

- ✓ A 2016 se tendrá una línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes.

- ✓ En el 2016 el 100% de los actores del sector salud implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud de las niñas, los niños y las y los adolescentes.

- ✓ A 2016 iniciar la línea de base de la situación de salud de los adolescentes y las juventudes, así como la línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes. Se reitera la necesidad de garantizar la participación de la población adolescente.

- ✓ Lograr en los territorios la construcción, operación y evaluación coherente y sostenible de las políticas públicas intersectoriales y sectoriales, orientadas a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, a través de procesos de gestión de las políticas públicas, en el ciclo de gestión de lo público, en coordinación y alineación con el sector privado, y la cooperación.

En este sentido, la agenda dirigida a las juventudes se configuró, de manera predominante centrada en la adolescencia. Esta orientación no constituyó novedad, ya que, se sustenta en la priorización del cuidado por los menores de edad como responsabilidad del Estado colombiano. En consecuencia, se omitió -como en otros momentos- la normativa nacional que es específica en materia de juventudes, esto, aun cuando la política se actualizó en 2013 con la Ley 1622, reivindicando a las juventudes como titulares de derecho dentro de un estatuto de ciudadanía juvenil. Desde esta perspectiva se estableció la participación como: “tributo de los derechos humanos, según el cual el Estado garantiza la existencia y uso de mecanismos de consulta y decisión de los ciudadanos en relación con el goce y ejercicio efectivo de los derechos (Ley 1622, 2013)”. Así mismo se contemplaron medidas de prevención en favor de esos derechos estableciendo que: “los y las jóvenes tienen derecho al pleno disfrute de su salud sexual y reproductiva, por lo que el Estado creará políticas de prevención, formación e información con enfoque diferencial y de responsabilidad (Ley 1622 de 2013, artículo 8)”.

No obstante, en los indicadores del PDSP no se evidenció la incorporación explícita de un enfoque de derecho al pleno disfrute de su salud sexual y reproductiva de las juventudes. Por el contrario, la agenda se concentró en aspectos como el control de la

natalidad y las enfermedades de trasmisión sexual, sin desarrollar narrativas consistentes con un enfoque integral de derechos. La evaluación del cumplimiento de esta dimensión transversal reportó que de los siete indicadores[35] de gestión se cumplió el 53%, sin desagregación por curso de vida (UNIANDES, 2022, p.33).

Hitos Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

En relación con los hitos del PDSP, se destaca la inclusión de referentes construidos a partir de la participación de los niños, niñas, adolescentes y juventudes mediante una metodología lúdico-pedagógica (dibujos) y con la participación de profesionales expertos en consulta a estos grupos poblacionales. Así, participaron 360 NNA, a través de 10 talleres presenciales en las diferentes regiones del país (PDSP,2012-2022). Sin embargo, se identificó que los participantes en el nivel nacional tenían una visión parcial con respecto a los modos de vida[36] de las juventudes del país. Esta limitación no fue exclusiva del sector salud, ya que tanto en el PDSP como en los Planes Nacionales de Desarrollo se omitieron narrativas, acciones e indicadores para monitorear y abordar las realidades de otras juventudes en situaciones como: habitancia en calle, privación de la libertad, la migración o la no escolarización. Adicionalmente, las acciones en salud dirigidas a las juventudes entre 18 y 28 años fueron abordadas parcialmente.

Esta situación también se reflejó en las narrativas de los actores institucionales y de las juventudes, quienes -en general- no incorporaron de forma sistémica referencias a la discapacidad y la ruralidad en su comprensión de salud y juventud durante las entrevistas aplicadas. No obstante, desde el nivel nacional, uno de los actores gubernamentales que participó directamente de la configuración del PDSP 2012-2021 destacó el fortalecimiento del enfoque diferencial con respecto a la discapacidad en población general y urbana, así como una perspectiva étnica, como se muestra a continuación:

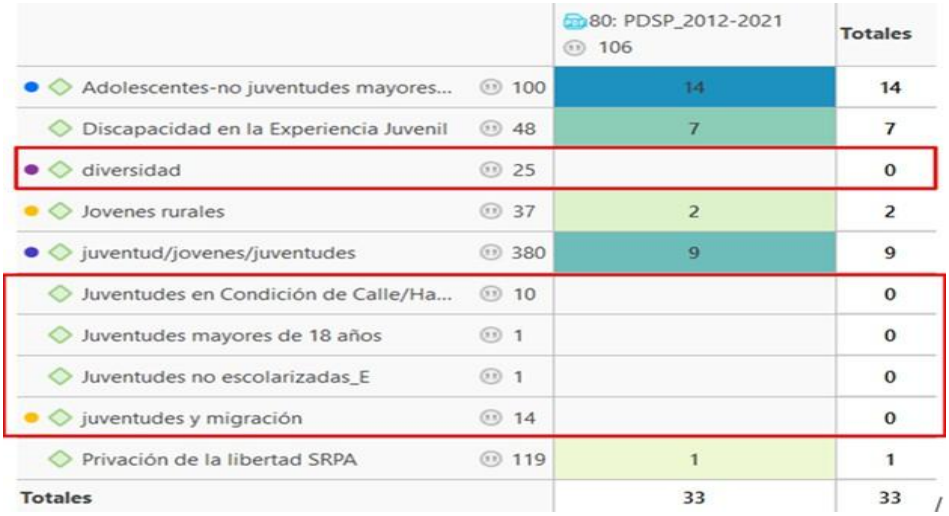
> me parece que fue muy importante todo lo que tuvo que ver con el tema de discapacidad, los enfoques diferenciales cobraron mucha importancia y relevancia, que antes no le paraban pelota, pero el tema de discapacidad se

[35] no se asignaron indicadores de resultados
[36] Juventudes urbanas, escolarizadas y con entornos familiares seguros

impulsó mucho, se logró hacer el plan de las poblaciones indígenas y de la población afro, ¿sí?. Esto tuvo un impulso súper importante. (P_AGIN_MINSA_001)

Finalmente, es necesario reiterar que el PDSP omitió de manera sustantiva la diversidad sexual, aspecto determinante, si se considera que la atención en salud debe responder a las necesidades específicas de las juventudes con diversidad sexual e identidad de género. Aunque este enfoque comenzó a visibilizarse en el primer gobierno de Santos, no logró consolidarse en el PDSP 2012-2021.

Gráfica 4.Codificación de las narrativas de juventudes en el PDSP 2012-2021



		80: PDSP_2012-2021 106	Totales
Adolescentes-no juventudes mayores...	100	14	14
Discapacidad en la Experiencia Juvenil	48	7	7
diversidad	25		0
Jovenes rurales	37	2	2
juventud/jovenes/juventudes	380	9	9
Juventudes en Condición de Calle/Ha...	10		0
Juventudes mayores de 18 años	1		0
Juventudes no escolarizadas_E	1		0
juventudes y migración	14		0
Privación de la libertad SRPA	119	1	1
Totales		33	33

Fuente. Elaboración propia Análisis temático Atlas ti (Aguirre S_2025)

La gráfica 4 presenta las narrativas descritas para la agenda nacional para el PDSP-2012-2021, con respecto a las acciones determinadas para personas entre 14 y 28 años para los próximos diez años. Por ende, aunque la agenda decenal declaró acciones para las juventudes, estas, se focalizaron en personas entre 14 años a 17 años 11 meses, es decir, población adolescente.

Así, esta agenda de salud si bien involucró la discapacidad, lo hizo de forma general y no la enfatizó desde la experiencia juvenil, además, hubo una inclusión marginal de la situación de salud de las juventudes en privación de la libertad, así como de las necesidades de las juventudes rurales, siendo las acciones dirigidas a la población escolarizada las más frecuentes, en cambio, se dejaron de lado las juventudes no

escolarizadas, las juventudes migrantes y en condición de calle, tampoco se contempló una agenda de diversidad, es decir, acciones de salud para las juventudes LGTBI+Q.

Lo anterior, indica que la salud proyectada para los diez años excluyó experiencias juveniles por fuera de la escolaridad, sin afiliación al sistema de salud, con diversidad de generó[37] y por fuera del área urbana, lo que reproduce e intensifica las desigualdades, invisibilizando otras condiciones y realidades de los modos de vida en los que transcurre la experiencia juvenil en Colombia y que también requerían acciones en salud.

Como se observa en el diagrama de Sankey No 9 (Ver anexo 04, p.5) en la agenda nacional descrita en los PDN y el PDSP 2012-2021, la temática principal para salud de las juventudes se centró en violencias; la salud sexual y reproductiva, el embarazo adolescente, salud alimentaria y nutricional, salud física-deporte, salud ambiental y salud mental, seguido de actividades orientadas a la generación de ingresos económicos, aspecto determinante para el acceso a la atención en salud efectiva (pago de copagos, transporte, impresiones, entre otros), teniendo menos fuerza la agenda de discapacidad en la experiencia juvenil y las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo esta última la primera causa de atención en salud para adolescentes en los últimos 10 años, como lo indican los informes ASIS (Minsalud, 2023, p.194)". Esto sugiere que si bien hay mediciones anuales, las acciones fueron insuficientes para gestionarlas.

Las narrativas institucionales sugieren que dentro de las problemáticas en salud, si bien, al *Aseguramiento en salud* no se le atribuye una responsabilidad completa en términos de las dificultades de alcanzar el derecho a la salud de las juventudes, éste representa un primer eslabón para acceder al proceso de atención en salud, por lo cual fue una acción priorizada y central en la agenda en salud, no obstante, esta por sí sola no garantiza un acceso efectivo al derecho en personas entre 14 y 28 años, ya que para que así suceda, se requieren más elementos que el simple hecho de estar afiliado al sistema de salud, que aunque se reconoce como una primera acción, en todo caso, resulta insuficiente.

[37] Más allá de la dicotomía tradicional hombre o mujer

Por otro lado, la experiencia juvenil en condición de migración en el país, además de ser una dificultad personal y familiar presenta una de las mayores precariedades para el goce del derecho a la salud. Las narrativas indicaron que las rutas para juventudes[38] en esta condición no estaban claras, ni disponibles.

A nivel nacional el análisis temático de las narrativas referentes a la agenda de salud en los planes de desarrollo de los tres gobiernos, el PDSP y las entrevistas a los actores nacionales, reconocieron la violencia como una temática de la agenda que determinaba la salud de las juventudes. Además se identificó qué si se tenía entre 14 y 28 años y un acceso al sistema educativo, esto representaba una gran oportunidad para las juventudes, ya que, esta situación de escolarización resulta en factores de exposición a campañas, estrategias o actividades de prevención de la enfermedad o promoción de la salud, por ser el sector educativo un gran aliado del sector salud (en todos los niveles de formación).

Tabla 12.Principales temáticas de salud abordadas en la agenda entre 2012-2022

Modos de Vida	Consumo de sustancias	Embarazo Adolescente	Salud	Salud Alimentaria-Nutricional	Salud física	Salud Mental	Salud Sexual y Reproductiva
Adolescentes-no juventudes mayores de 18 años	1	7	3	5	7	5	9
jóvenes rurales	1	3	2	2	2	1	0
juventud/jóvenes/juventudes	27	4	45	6	8	9	17
Privación de la libertad SRPA	14	1	49	0	0	0	5
juventudes y migración	1	0	3	0	0	0	1
Juventudes en Condición de Habitancia en calle	0	0	0	1	0	0	0
Juventudes mayores de 18 años	0	0	0	0	0	0	0
Juventudes no escolarizadas	0	0	0	0	0	0	0

Fuente. Elaboración Propia

En los tres niveles de gobierno se identificó que la agenda en salud para juventudes en condición de calle, mayores de 18 años, en condición de discapacidad y no escolarizadas no se desarrolló y para juventudes en condición de migración, en privación de libertad y

[38] Esta categoría aunque no está relacionada con otras temáticas de la agenda no se debe entender como solucionada en los demás aspectos de salud, en cambio refleja que la perspectiva de rutas en un enfoque de atención emergente y si se quiere nuevo y en la agenda en salud ha sido focalizada en rutas para la primera infancia, infancia, violencias de género y salud mental pero no en otras temáticas de salud, lo que también se debe considerar un hallazgo , no aparece porque no se habla de las rutas que se deben activar para atender a la juventud colombiana desde una perspectiva de juventud.

rural fue de atención parcial -apenas mencionadas-. Esto debe reconocerse como limitante, pues se identificó que la agenda nacional afirmó tener estrategias dirigidas a las juventudes (personas entre 14 y 28 años), pero en este nivel no se diseñaron líneas de base y no se contó con indicadores concretos para esta población (ejemplo, cifras y magnitud de los problemas abordados), en cambio, en la agenda en salud nacional hubo mayoritariamente acciones dirigidas a adolescentes, es decir, personas entre 14 años y menores de 18 años, mientras que las actividades para personas entre 18 y 28 años se combinaron con intervenciones comunitarias diseñadas para adultos hasta los 64 años, es decir, no se diseñaron acciones con perspectiva de juventud, lo que pudo omitir la aplicación de metodologías para juventudes, dentro de las que se reconocen sus itinerarios e intereses. Así, al tener mayoritariamente una idea de una población adulta entre 18 a 64 años, "la adultez", las acciones pudieron determinarse en función de espacios y con actividades centradas en un modelo adultocentrista en el que el joven entre 18 a 28 años pudo no ser reconocido como actor central, o presentaron barreras diferenciales[39] para articularse a dichos espacios, por lo que los mecanismos de definición de acciones y medición del cumplimiento de las metas propuestas así como el aporte comunitario sobre éstas, pudo ser dominado por personas de otros cursos de vida, aunque los resultados estatales reportaron resultados de acciones dirigidas a juventudes.

La agenda de salud para juventudes en el periodo 2012-2022 si bien, incluyó aproximadamente 14 temáticas como se muestra en el diagrama de Sankey No10, (Ver anexo 4, p.5), no todas estuvieron dirigidas completamente a personas entre 14 y 28 años en cambio, por ejemplo, las narrativas de salud sexual y reproductiva fueron más desarrolladas en juventudes urbanas, pero para jóvenes rurales y juventud en condición de calle no se identificó una agenda de salud., y aunque se esbozaron narrativas sobre la condición de migrante, éstas fueron más de reporte de las cifras de partos atendidos, pero no se identificó proyección de prevención del embarazo juvenil en esta población.

Las narrativas de violencia y concretamente las violencias de género (relacionadas al abuso sexual), estuvieron más orientadas a los adolescentes -por su condición de menor de edad, vulnerabilidad y responsabilidad estatal hacía ellos-. Sin embargo, estas

[39] los itinerarios de juventud difieren de los itinerarios de personas entre 40 a 64 años

acciones, fueron presentadas como acciones que cubrían completamente el curso de vida de juventudes, mientras que aquellos entre 18 a 28 años no tuvieron atención en este tipo de violencias no solo por la ausencia de rutas especiales para juventudes (no solo de adolescentes), sino que también, por la comprensión de estas juventudes desde la mayoría de edad y por ende una vulnerabilidad diferenciada.

Para las juventudes en privación de libertad la agenda en salud estuvo más enfocada en la atención de consumo de SPA y en la salud sexual y reproductiva.

Desde el análisis temático con Atlas.ti con el diagrama de fuerza No1, se identificó que en la agenda de salud para juventudes, si bien, en los últimos 10 años se desarrollaron acciones relacionadas con aseguramiento y SSR, aún se requiere concretar acciones focalizadas en personas entre 14 y 28 años con respecto a: salud mental, salud física, salud alimentaria, derecho a la salud, juventudes en condición de migración, ruralidad, condición de calle y aquellas incluidas en el SRPA, como se muestra en el gráfico, de modo que se establezcan indicadores para monitorear las acciones de los cambios en los aspectos de exposición y aquellos que son protectores para las juventudes, lo que sugiere una urgencia en la caracterización de sus itinerarios y modos de vida.

Esto indica, que si bien el nivel nacional decretó interés en desarrollar esta agenda en salud, ante la ausencia de datos en las líneas base con respecto a los modos de vida de las personas entre 14 y 28 años, se promovieron acciones desde una narrativa de población general (para todos los cursos de vida), sin embargo, estas fueron aplicadas para algunos de los grupos de interés, siendo principalmente la primera infancia y la infancia quienes se benefician de estas acciones, en menor medida el grupo adolescente de las juventudes y mucho menos las juventudes entre 18 y 28 años.

Se identificaron como actores centrales: Ministerio de salud y Protección Social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Universidad Externado de Colombia (UEC), por su rol en la agenda de SSR.

Desagregación por periodo de gobierno

Agenda y actores con Juan Manuel Santos 2010-2014

Desde el 2005 y hasta 2011, las tasas específicas de fecundidad para adolescentes (10-14 años), así como para un segmento de las juventudes (15 y 19 años) se mantuvieron relativamente estables. En el primer grupo, las tasas oscilaron entre 2,9 y 3,2 nacimientos por cada 1.000 mujeres, mientras que en el segundo grupo descendieron de 75,6 a 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres en ese rango etario (MinSalud, 2012, p.55). Antes del 2012, cerca del 62% de los nacimientos en el país fueron de mujeres menores de 26 años. De estos, el 0,2%, se presentó en mujeres menores de 14 años, el 11% en mujeres entre 14 y 17 años y el 51% en mujeres entre 18 y 26 años (MinSalud, 2012, p.57). Lo anterior indica que del total de nacimientos 62% fue de las personas entre 14 y 26 años, siendo las juventudes mayores de 18 años las que concentraron el mayor número de nacimientos.

Para el primer gobierno de juan Manuel Santos, la agenda gubernamental se estructuró en cuatro ejes estratégicos: innovación, buen gobierno, relevancia internacional y sostenibilidad ambiental, todos centrados en la prosperidad democrática, con la convergencia y desarrollo regional, como se muestra a continuación:

Imagen 14.Ejes declarados en el PND 2010-2014 Santos I



Fuente. Tomado de PND 2010-2014: “Hacia la prosperidad democrática visión 2010-2014” Tomo I, p.23

La imagen 14 permite identificar la importancia que adquirió la sostenibilidad ambiental dentro de la hoja de ruta del Plan Nacional de Desarrollo de Santos, así como su articulación con la consolidación de la paz y los efectos en la determinación de los modos de vida de la población en general, incluidas las juventudes rurales.

Este énfasis resulta relevante si se considera que, para 2011, la incidencia de la pobreza rural fue 1.5 veces mayor que la urbana y que aumentó 0.2 puntos con respecto al año 2002, año en el que la brecha fue 1.3 veces mayor. De igual forma, la pobreza extrema rural en 2011 fue 3.2 veces mayor a la urbana (DNP, 2011, p.10). No obstante, pese a este reconocimiento, la agenda nacional priorizó aspectos del sector productivo por encima de los componentes sociales de la ruralidad. Esto se evidencia, por ejemplo, en la existencia de las líneas de base consolidadas sobre conectividad a internet en micro y pequeñas empresas, en contraste con la ausencia de datos suficientes para la construcción de indicadores para agricultura y desarrollo rural (DNP,2011, p. 278).

Con respecto a la salud ambiental y la ruralidad se identificaron dos temáticas planteadas simultáneamente en la hoja de ruta nacional, a saber, la salud ambiental y la ruralidad, que puede interpretarse como un avance en términos de armonización entre el PND de Santos I y el PDSP 2012-2021. Sin embargo, aunque esta convergencia implicó la asignación de recursos para el cumplimiento de las metas decenales, su orientación resultó ambigua para la salud de las juventudes, pues, si bien esta agenda ambiental se vinculó mayoritariamente con narrativas de enfoques étnicos -especialmente indígenas y afrocolombianos, omitiendo a la población Rrom-, las estrategias de abordaje se establecieron desde una perspectiva de desarrollo económico y con un modelo extractivista, con escasa atención a la conservación ambiental. En este sentido, la priorización de acciones para la atención de desastres naturales, tanto por condiciones climáticas como por intervenciones derivadas del modelo económico, configuró una agenda contradictoria o una “no-agenda” en materia de salud ambiental.

Asimismo, se identificó una agenda vinculante entre la temática alimentaria y nutricional y los desenlaces de salud de la población (salud alimentaria y nutricional), pero nuevamente las acciones fueron dirigidas y orientadas a la población general y poco se reconocieron las oportunidades, necesidades y barreras que experimentaban los

hogares con jefatura juvenil. Aunque para este periodo ya se contaba con la segunda versión de la ENSIN 2010, la información de la situación alimentaria y nutricional de las juventudes se desagregó únicamente para población adolescente, mientras que los datos de las juventudes mayores de 18 años se integraron con datos de adultos hasta 64 años. Esta situación, diluyó el reconocimiento de las necesidades de acceso, consumo, aprovechamiento biológico y otros ejes de la salud alimentaria y nutricional en la experiencia juvenil, especialmente en contextos de embarazo adolescente, informalidad laboral, condición de calle, condición de discapacidad, ruralidad o incluso en privación de la libertad.

La agenda explícita en salud para las juventudes durante este periodo se centró en el consumo de las sustancias psicoactivas, la salud sexual y reproductiva -con un énfasis importante en embarazo adolescente, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedades de trasmisión sexual y el abuso sexual-. Con respecto a este último, se consideró como resultado de la violencia intrafamiliar, que para este periodo de gobierno afectó mayoritariamente a las mujeres entre 18 a 26 años. Sin embargo, tampoco se presentaron datos desagregados ni para esta población, ni tampoco para juventudes menores de edad, lo que fue una constante en los informes previos a 2015, dónde las problemáticas se enunciaban sin el respaldo sistemático de cifras, ni la referencia de fuentes.

Para este periodo de gobierno, se contó con más información sobre el consumo de alcohol que del de otras sustancias psicoactivas. Así, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) reportó que más del 80% de la población mayor de 20 años había consumido alcohol alguna vez en la vida y que el consumo intenso se dio principalmente en jóvenes entre 20 y 24 años, momento en el este consumo empieza a disminuir. (ENS 2007 en DNP, 2011, p.297). Además, cerca de un tercio de la población que reportó consumir alcohol, lo hacía todas las semanas al menos un día, siendo el consumo de 1 o 2 días a la semana más frecuente en jóvenes hombres de 15 a 24 años (DNP,2011, p.297).

Con respecto a la diversidad sexual y sus implicaciones en la agenda en salud para juventudes, tanto las cifras problemáticas, como las estrategias de abordaje carecieron de un enfoque de género. Predominaron registros dicotómicos tradicionales de los

reportes en salud, principalmente para adolescentes (masculino/femenino), pese a que el PND reconoció el interés por el "reconocimiento de derechos a la población LGBTI" [40] (DNP,2011, p.325). La narrativa de diversidad fue marginal en la puesta en marcha de la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos de las juventudes diversas, ya que entre 2010 y 2011 fueron asesinadas 280 personas LGTB, siendo la cifra más alta de homicidios desde 2006 en el país (Colombia Diversa, 2011, p.14).

Desde este contexto se señaló que la directiva 006 de 2010[41] que buscaba la protección para la población LGTB, no contemplaba rutas de atención, ni tampoco la protección al derecho a la salud de la población (Colombia Diversa, 2011, p.63). Aunque estos actores institucionales aportaron información relevante sobre situaciones de violencia en la comunidad LGBTI, no se discriminó por curso de vida, lo que impidió identificar la situación de la población entre 14 y 28 años.

En relación con la inclusión de la discapacidad en la agenda de salud para juventudes, esta vinculó principalmente a los eventos de seguridad vial enmarcados en el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2015. Esta línea constituyó una agenda relevante, dado que los siniestros viales representan la primera causa de muerte, lesiones no fatales y años vividos con discapacidad, con un impacto significativo en personas jóvenes. Lamentablemente, las estimaciones sobre las secuelas personales, familiares y sociales asociadas a eventos viales, son imprecisas, en especial en regiones y países en desarrollo (Foreman et al, 2018, OMS, 2021 en Salazar-Henao et al, 2023)".

Si bien, se identificó un interés en vincular a las juventudes en la agenda nacional, las líneas de base con cifras de sus problemáticas sociales fueron escasas y más las de salud. En varios casos se describieron problemáticas sin datos concretos; incluso cuando estos estaban disponibles, se concentraron en juventudes entre 14 y 18 años. En contraste, los análisis sobre juventudes mayores de edad se diluyeron con datos de adultos hasta 64 años, reproduciendo una dinámica en la que el monitoreo y las acciones en salud de las juventudes se restringe, en la práctica, solo al grupo adolescente.

[40] Palabra que se identificó apenas dos veces en el Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014
[41] directiva de la Policía Nacional que buscaba garantizar y respetar los derechos de las personas LGBTI, tanto en las acciones policiales como en la convivencia ciudadana.

Aunque la agenda *social* para jóvenes -que impacta también el ámbito de la salud en la experiencia juvenil- estuvo centrada en la temática educativa y la generación de ingresos, la agenda de seguridad se centró en los comportamientos violentos de las juventudes posicionando narrativas institucionales de estigmatización hacía las juventudes con categorías como: "violencia juvenil", calificando la violencia como un atributo inherente de las juventudes. Desde esta perspectiva, se diseñó el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA), encargado de tramitar los procesos de justicia por infracciones cometidas por menores de edad, no obstante, en el SRPA habían también juventudes entre 18 a 28 años, ya que, aunque el delito se cometiera siendo menor de edad, algunas de las diligencias administrativas se concretaban posterior al cumplimiento de la mayoría de edad, razón por la cual estos jóvenes también ingresaban al sistema[42].

Con el gobierno Santos se definió que el Estado debía priorizar al SRPA en el marco del principio de corresponsabilidad y protección integral de los derechos de los NNA, con la concurrencia de los gobiernos territoriales (DNP,2011, p. 988). Asimismo, se dispuso la construcción de Centros de Atención Especializada (CAES), y de internamiento preventivo, definidos en función de la demanda del SRPA, criterios de cobertura regional y esquemas de cofinanciación territorial. El diseño, construcción y dotación de estos centros debía responder a estándares que garantizaran el carácter pedagógico y restaurativo del SRPA, junto con las medidas de seguridad necesarias para hacer efectiva la privación de la libertad. (DNP,2011, p. 988)

No obstante, incluso ahora, el SRPA se encuentra completamente tercerizado, como otros sistemas y programas orientados a la atención de las juventudes. En el caso de Cali, no solo *no* se construyeron CAEs conforme la metodología propuesta a nivel nacional; por el contrario, estos se operativizaron en instalaciones como las del Centro el Buen Pastor, un antiguo establecimiento carcelario, cuya infraestructura y localización responde a una perspectiva de reclusión. Esta situación configura la experiencia juvenil en privación de la libertad desde una mirada punitiva y carcelaria que difiere con el enfoque restaurativo planeado en el diseño inicial.

[42] Es decir, se pueden encontrar personas entre 18 y 28 años mientras se cumple el tiempo de la privación de la libertad.

Con respecto a las metas y los indicadores para la transformación de las situaciones que viven las juventudes durante el gobierno de Juan Manuel Santos I, se identificó un énfasis en indicadores de conteo -número de actividades, número de lugares, número de visitas entre otros-, sin que se incorporaran indicadores dirigidos a medir experiencias, trayectorias o cambios en los modos de vida de las juventudes del país. Esta limitación, sumada a la ausencia de líneas de base sobre sus problemáticas sociales y de salud, afectó la proyección de indicadores y por ende las acciones sustantivas para ellos.

De acuerdo con el Observatorio de Territorios Étnicos para 2011 los niños y los jóvenes presentaban menores niveles de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo la zona rural la más rezagada en término de cobertura. Mientras que permanencia la brecha de afiliación y acceso a los servicios de salud entre la zona urbana y la zona rural, así, mientras que la afiliación al régimen contributivo en las zonas urbanas fue del 48.6% en las zonas rurales fue de 15.8% (Observatorio de estudios Étnicos, 2011). En este contexto, el aseguramiento en salud se configuró como una condición indispensable para garantizar el derecho al acceso a la salud en esta población.

En cuanto a estrategias orientadas a mejorar los ingresos de las juventudes rurales, se identificó que, dentro de la Red para la Superación de la Pobreza Extrema, del registro único de afiliados, se contaba con 484.254 jóvenes rurales potencialmente beneficiaros; sin embargo, apenas 29.700, es decir, un 6.13% accedieron efectivamente a dicho programa (DNP,2011, p.306). Esta brecha indica que los modos de vida de las juventudes en la zona rural han sido históricamente precarios y las estrategias de apoyo del Estado si bien existen, han sido insuficientes.

Para este periodo de gobierno se identificaron escasas narrativas sustentadas en cifras que permitieran dimensionar la magnitud de las problemáticas experimentadas en la ruralidad colombiana. Esta limitación resulta especialmente relevante si se considera que uno de los indicadores estratégicos del PND era el impacto en la agricultura y el desarrollo rural. Sin embargo, el mismo PND carecía de línea de base que indicaran un punto de partida claro, lo pudo llevar a la omisión de metas concretas para juventudes a 2014. De igual forma, en este ítem tampoco se describió una proyección de la visión de la Colombia 2019, a diferencia de otros indicadores articulados a las locomotoras de

crecimiento y generación de empleo. En consecuencia, aunque la narrativa documental expresó una intensión de priorizar una agenda por el campo, la contranarrativa permite identificar una invisibilización estructural que se tradujo, en la práctica, en una no-agenda para la agricultura y el desarrollo sostenible de la zona rural.

Un elemento central para la definición de políticas públicas, incluidas las de salud, es la disponibilidad de datos del estado actual de la cuestión a abordar y conocer en qué medida afecta a los titulares de derecho. Sin datos, hay comprensión incierta de la magnitud de la problemática; sin esta comprensión, no existe justificación técnica para la asignación de recursos ni para la definición de metas e indicadores de seguimiento. En consecuencia, la agenda de las juventudes rurales quedaría aún más borrosa para el Estado, en tanto sus modos de vida fueron invisibilizados, se desconocieron tanto las situaciones protectoras como las de exposición en los itinerarios juveniles y, por ende, no se planteó una agenda concreta de salud. La ausencia de información produjo en términos prácticos la exclusión de este grupo social de la agenda pública.

En el periodo de Santos I, se identificaron narrativas vinculadas a la necesidad de documentar situaciones e intereses de los grupos étnicos como los Rrom, que han sido menos tenidos en cuenta que otros grupos étnicos. Así, por ejemplo, se indicó que se debía:

> “Garantizar el diseño e implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, basadas en la Atención Primaria en Salud, con enfoque diferencial y criterios de calidad. Estas acciones deberán contar con la participación del pueblo gitano, con el fin de lograr la adecuación sociocultural de los servicios. A través del Ministerio de la Protección Social, se garantizará la creación y puesta en marcha de una mesa de concertación para abordar de manera integral y universal las necesidades de salud y seguridad social del pueblo Rrom. (DNP, 2011)

No obstante, el gobierno Santos I no contaba con cifras concretas que caracterizaran la situación de las juventudes. Las fuentes de datos disponibles para el diseño de las líneas

de base sobre los modos de vida de las juventudes correspondían, en su mayoría, a estudios producidos entre 2005 y 2008, lo que refleja problemáticas estructurales de atemporalidad de las políticas. Estas sugieren que las problemáticas identificadas pudieron modificarse en términos de magnitud o naturaleza para el diseño del PND, afectando las decisiones adoptadas o dejando sin sustento propuestas necesarias.

Como cierre de este periodo, se identifica que la agenda en salud del gobierno Santos I, comprendió a las juventudes principalmente como una población adolescente, urbana, sin autorreconocimiento étnico, escolarizada y con acceso al sistema de salud. Se identificó una ausencia de líneas de base de los modos de vida de las juventudes y, en consecuencia, la ausencia de indicadores y metas para las acciones de salud dirigidas a ellos.

Persistió, además, la omisión histórica de la experiencia juvenil en contextos de ruralidad, de las juventudes en privación de libertad, de la diversidad sexual en la experiencia juvenil, así como una agenda concreta para juventudes en condición de discapacidad o en condición de calle, más específicamente, para aquellos entre 18 y 28 años. Si bien hubo narrativas de salud mental para los jóvenes, las acciones propuestas se desarrollaron de forma superficial y sin un abordaje integral.

Hitos en el gobierno de Santos I

Las instituciones gubernamentales han sido tradicionalmente las encargadas de velar por la calidad de vida de los menores de edad, dentro de los que están los adolescentes, una de las franjas del grupo de juventud.

Durante el gobierno de Santos I, se declaró la necesidad de implementar el Sistema Único de Información de la Infancia (SUIN), para monitorear el cumplimiento progresivo de los derechos de los NNA, aplicando una valoración de las condiciones socioeconómicas, riesgos y vulnerabilidad de los hogares, sustentado en las fuentes de información disponibles (DNP, 2011). Sin embargo, para este periodo de gobierno fue reiterativa la ausencia de una caracterización de los modos de vida de las personas entre 14 y 28 años, en cambio, se avanzó mucho más en la caracterización de la población de infancia y primera infancia.

Agenda de salud y actores a nivel nacional (2014-2018)

En el Plan de Desarrollo de Santos II, se evidenció una narrativa de inversión en educación correspondiente a la emergente estrategia de jornada única, la cual fue presentada como un mecanismo con potencial impacto en los desenlaces de salud de los adolescentes como: el embarazo adolescente, el consumo de SPA e incluso sobre prácticas de incumplimiento de la Ley, que derivaban a la privación de libertad, afectando la trayectoria juvenil. El supuesto subyacente fue que a una mayor permanencia en el sistema educativo se reducirían las oportunidades de exponerse a situaciones de riesgo, promoviendo decisiones que favorecieran las situaciones protectoras en sus modos de vida. Desde esta mirada, la jornada única fue definida como:

> Aquella que tiene una duración de al menos 7 horas para básica y media (8 horas incluidos tiempos de receso entre clases), en las cuales los estudiantes adelantan actividades que hacen parte del plan de estudios del establecimiento educativo. La jornada única es una versión de la jornada ampliada y es el modelo hacia el que debe avanzar el sistema educativo colombiano oficial. (DNP,2015, p.89)

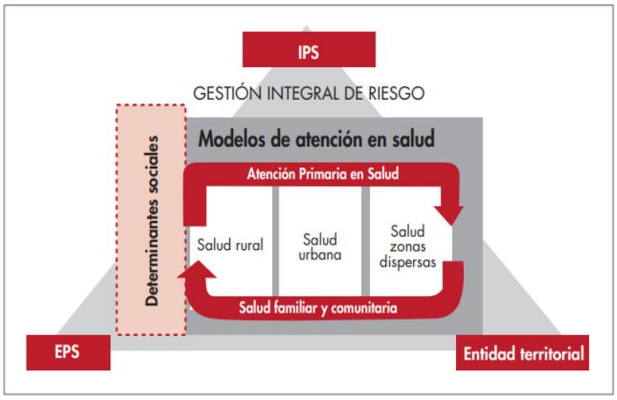
Así, el gobierno equiparó la ocupación del tiempo libre con la ampliación del tiempo con actividades académicas en las instituciones educativas. Si bien, este enfoque podría funcionar con personas menores de 13 años con redes familiares estables, su aplicabilidad es cuestionable para personas entre 14 y 28 años sin redes de apoyo[43], cuyas experiencias juveniles transcurren en contextos de parentificación o parentalización. En estos casos, los jóvenes asumen roles de cuidado propios de los adultos en sus propios hogares o experimentan emancipaciones tempranas del hogar familiar, transitando de hijo a jefes de hogar, lo que genera la necesidad de emplearse después del horario de clases, para garantizar un ingreso económico que, incluso sostiene su permanencia en el colegio o sus necesidades diarias, incluidas las de salud.

[43] Estudiantes en territorios con "extraedad" que el Ministerio de Educación nacional-MEN- ha denominado como: el desfase entre la edad y el grado y ocurre cuando un niño o joven tiene dos o tres años más, por encima de la edad promedio, esperada para cursar un determinado grado (MEN, s.f). Para 2020 de la población extraedad con discapacidad matriculados en el SIMAT el 20.3% vivía en zonas rurales, el 7% pertenecía a comunidad indígena, 6.73 % a negritudes y 2% afrodescendiente, el 10.41% tenían nacionalidad venezolana. (Colombia aprende. 2020, p.23), pero no se desagregó cuantos eran juventudes. A la fecha tampoco se cuenta con la evaluación de la estrategia de extra edad Grupos Juveniles Creativos. Organiza el proceso de enseñanza y aprendizaje en dos líneas para el desarrollo de competencias básicas, ciudadanas y laborales. Que se implementa en contextos rurales y urbano marginales para población entre 13 y 26 años.

La agenda de salud del gobierno Santos II

Durante el gobierno Santos II, la salud fue comprendida principalmente desde el enfoque de atención integral basado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), concebida como un instrumento de planeación de la política pública orientado a la garantía del acceso oportuno, efectivo, equitativo, eficiente y sostenible a los servicios cubiertos por el plan de beneficios en salud (PBS). Este enfoque se integró como estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se fundamentó en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, con el propósito de identificar, cuantificar analizar, hacer seguimiento e intervenir (desde la prevención hasta la paliación) para evitar o reducir los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (MinSalud, 2018).

Imagen 15.Política de atención integral de salud basada en gestión de Riesgo



Fuente. Tomado y adaptado de PND Santos II, p.300

Este modelo sintetizó la arquitectura de la Política PAIS basada en la gestión del riesgo, evidenciando como los determinantes sociales son incorporados dentro de la lógica de priorización y control del riesgo sanitario. Esta representación gráfica refuerza una comprensión de la salud mediada por la capacidad del sistema para identificar y gestionar riesgos, lo que condiciona la definición de problemas prioritarios, en consecuencia la agenda de juventudes, pues la salud es un objeto técnico administrativo. No obstante se resalta la inclusión de otros escenarios por fuera del área urbana.

Así, la atención integral en salud, basada en GIRS incluyó el modelo de DSS desde una perspectiva del riesgo en salud, incrustado en la estructura del sistema de salud vigente, que ya presentaba bastantes falencias para la atención de las juventudes. Este modelo estuvo basado “en la definición de una única regla general de valoración: superponer el interés del principal -el usuario- y la garantía efectiva del derecho a la salud, sobre el interés de los agentes (DNP, 2015, p.300-301).

A continuación, se presentan los componentes PAIS:

1. La atención primaria en salud (APS), como mecanismo de articulación de las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad;
2. La salud familiar y comunitaria, como enfoque de intervención en los servicios básicos o primarios y la coordinación del flujo de usuarios a través del sistema;
3. La gestión integral del riesgo en salud, como actividad central de los agentes del sistema para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas; y,
4. El enfoque diferencial para adaptar la política a cada uno de los contextos poblacionales comunidades étnicas, víctimas, entre otros y territoriales -urbano, rural y disperso-, dentro de las competencias y recursos asignados a cada uno de los agentes del Sistema.

En este marco, la Política de Participación Social en Salud, específicamente en el apartado de control social, definió a cuatro actores como responsables de garantizar la veeduría, a saber: las Instituciones prestadoras de Salud (IPS), las entonces Empresas Promotoras de Salud (EPS), hoy EAPB, las entidades territoriales y el Ministerio de Salud y Protección Social. A estos actores se les asignó también la tarea de crear un observatorio de participación y control social en salud (MinSalud, 2017, p.42). Sin embargo, a la fecha de esta investigación el observatorio no ha sido creado, lo que limitó el acceso a la información e identificación de mecanismos efectivos de participación en salud, específicamente de las juventudes.

El rol de la participación de las juventudes es tal vez uno de los aspectos más investigados y financiados en diferentes periodos de gobierno, principalmente la participación en población escolarizada del área urbana. Este énfasis se consolidó con

la Resolución 00623 de 22 de septiembre de 2014, en la que desde una perspectiva de inclusión se estableció un protocolo para la participación de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. Si bien, nuevamente el segmento adolescente fue mayoritariamente beneficiado, esta resolución, introdujo una narrativa de reconocimiento de otras realidades del agente juvenil, como por ejemplo, aquellas relacionadas con ser víctima del conflicto armado. Este reconocimiento, contribuye al proceso de desestigmatización, reconociendo las capacidades de las juventudes colombianas como sujetos políticos (ICBF, 2015*b*).

En contraste con la narrativa institucional, una contranarrativa expresada por actores juveniles posicionó la participación como condición habilitante del ejercicio de otros derechos como aquellos ligados a la salud, como se muestra a continuación:

> […]lo que pasa es que en mi experiencia y en mi formación -voy a ser algo atrevido- la participación es primero que todos los derechos... digo atrevido porque en mi opinión y mi experiencia, sin la participación no habrían agentes movilizadores de los demás derechos de la juventud, por lo tanto yo siempre he puesto la participación como el elemento fundamental en cualquier desarrollo de políticas públicas orientadas a juventud, independiente si es el sector Salud en el que están los jóvenes participando, de esa política o de ese programa, porque en la medida en que el joven participa se vuelve agente catalizador de derechos pero sobre todo puede incidir para generar y mantener sus derechos […](P_AJN_001_V1).

Durante este periodo se identificó un interés de avanzar en la construcción de líneas de base sobre las situaciones de salud de las juventudes y en la incorporación de diferenciales etarios en las encuestas disponibles en el país. Esta intención, sugiere un desplazamiento incipiente desde una contemplación por caracterizar las necesidades de los jóvenes, hacía el reconocimiento de algunos de los itinerarios juveniles, como se menciona a continuación: “con el ánimo de fortalecer la información cuantitativa y cualitativa de la población adolescente y joven, se implementará la primera Encuesta

Nacional de Adolescencia y Juventud[44], así como la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (DNP, 2015, p.353)". Sin embargo, dicha proyección se concretó parcialmente, ya que esta primera encuesta no fue aplicada y la información de juventudes disponible en la ENSIN V3 se obtuvo entre 2015 y 2018, datos previos a la pandemia y sin una continuidad a 2025.

Es importante mencionar que, dentro de la agenda de salud sexual y reproductiva propuesta para juventudes, la prevención del embarazo adolescente continuó posicionándose como bandera principal y se fortaleció normativamente durante el periodo, particularmente a través del CONPES 147, *Lineamientos para el Desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*. En la esta participaron actores gubernamentales como la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, integrantes de la Comisión Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el departamento Nacional de Planeación (DNP), para posteriormente ser liderada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en el marco del SNBF. Esta configuración institucional delimitó el alcance de la estrategia principalmente para el segmento adolescente de las juventudes y, de manera marginal, personas entre18 y 19 años, rango etario que corresponde al criterio biológico desde el cual se ha dirigido históricamente la estrategia de prevención de embarazo adolescente.

Así, se definió el monitoreo del embarazo adolescente modificando los instrumentos de caracterización de la Encuesta de Calidad de Vida o en la encuesta longitudinal de protección social del país, mediante la inclusión de preguntas que permitieron obtener información para el cálculo anual de la maternidad adolescente, realizar seguimiento a este indicador considerando los factores que lo determinaban, (DNP,2015, p.355).

Dentro de este componente se identificó un tránsito de la narrativa de la prevención del embarazo juvenil, en la medida en que se incorporaron estrategias de acompañamiento orientadas a la definición del proyecto de vida, dirigidas a mujeres que estuvieran

[44] Hasta la fecha esta encuesta exclusiva para Adolescencia y Juventud no se ha realizado.

embarazadas *o aquellas que ya fueran madres*. Este giro reconoció, de manera explícita, que no era cierto que todos los jóvenes tuvieran acceso a información oportuna sobre acciones disponibles para prevenir el embarazo, ampliando los programas para quienes deseándolo, no lograron prevenirlo.

De forma paralela, en la agenda de salud para juventudes durante este gobierno se visibilizó con mayor fuerza la temática de la violencia sexual, particularmente aquella asociada a la explotación de menores de 18 años. Desde una comprensión integral de las víctimas de abuso sexual (incluida la salud física y la salud mental), se crearon los Centros de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual (CAIVAS) como espacios para tramitar las necesidades de la población víctima de este tipo de violencias.

En contraste con la narrativa dominante de *no-itinerario* y con los imaginarios de desocupación desde los cuales se han comprendido históricamente a las juventudes del país, se identificó una contranarrativa centrada en el proyecto de vida, dirigida de manera específica a jóvenes no escolarizados, quienes por primera vez en la agenda tuvieron oportunidad de asistir a espacios de escuela-taller[45], con capacitaciones dirigidas a salvaguardar, proteger y conservar bienes de interés cultural a nivel nacional, como se muestra a continuación:

> Fortalecimiento de las escuelas-taller de Colombia. Tales escuelas permiten atender a jóvenes en condiciones de vulnerabilidad, que no hacen parte de procesos de capacitación formal pero que pueden aprender un oficio que contribuya a la conservación del patrimonio, al tiempo que les permite generar un ingreso digno. (DNP,2015, p.374)

No obstante, como se ha reconocido previamente, estas acciones no se articularon a indicadores para monitorear los efectos de la agenda sobre los modos de vida, la experiencia juvenil o los proyectos de vida de los participantes. En cambio, el indicador formulado se focalizó en el *bien objeto de cuidado*, desde esta misma perspectiva, un segundo indicador estuvo dirigido a la caracterización del equipo capacitador, como se muestra en la tabla 13. Lo anterior, da cuenta de un listado de acciones monitoreadas

[45] Las acciones principalmente se han desarrollado en el entorno educativo favoreciendo a las juventudes escolarizadas

que, si bien resultan relevantes desde una lógica de gestión institucional, omiten la caracterización de las percepciones y las experiencias vividas de los titulares de derecho con respecto a los programas definidos en la agenda para jóvenes, además no consideran medir la incidencia de estos en sus proyectos de vida. En consecuencia, los indicadores resultan insuficientes para rastrear los mecanismos que justifiquen la continuidad, modificación o cierre de la estrategia, en función de su aporte efectivo a las juventudes.

Agenda de paz y las implicaciones en los modos de vida de las juventudes Santos II

Durante el gobierno Santos II se consolidó una comprensión del actor juvenil como una *persona expuesta a contextos de conflicto y violencia*, circunstancias que determinan sus modos de vida y sus trayectorias sociales, incluidas aquellas relacionadas con el incumplimiento de la ley. Desde esta perspectiva, se consideró que la definición de rutas de atención constituía una estrategia central para el abordaje de estas situaciones. No obstante, dichas rutas se orientaron principalmente a población menor de edad, dejando de lado el análisis de las situaciones estructurales e intermedias de exposición que influyen sobre el actor juvenil. En consecuencia, los indicadores priorizados se centraron en medición de capacidades instaladas (como por ejemplo medir número de municipios con rutas definidas o con planes formulados), lo que es relevante pero insuficiente para dar cuenta de la complejidad del fenómeno.

De manera reiterada, estos dispositivos no incorporaron el reconocimiento de la experiencia vivida, ni la percepción de los titulares de derechos con respecto al acceso, la pertinencia o la calidad de esas rutas, limitándose a verificar su existencia formal en los territorios. Esta situación requiere considerar que la disponibilidad y oferta de dichos instrumentos (rutas) no garantizan, por sí sola, un acceso efectivo, ni tampoco la funcionalidad de las rutas de atención, como se presenta en la tabla 13 (filas 9 y 10).

Con respecto al enfoque étnico, se resalta que la agenda de paz abordó el conflicto armado mediante la priorización de acciones dirigidas los grupos Rrom e indígenas. En este marco, se propuso la elaboración e incorporación del capítulo de infancia y juventud

en el marco de la Ley Gitana[46], además de la propuesta de creación de una estrategia de atención integral a la infancia, juventud y familias de la población Rrom, responsabilidades que fueron asignadas a la Comisión Nacional de Diálogo y al Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF).

Sin embargo, a la fecha de esta investigación no se identificó la inclusión efectiva del capítulo de infancia y juventud en la Ley Gitana. Aun así, se reconocen avances parciales en la formulación de un capítulo Rrom incluidos en la Política Nacional de Infancia y Adolescencia proyectada para 2023, dentro de los que se identificaron como actores comunitarios a nueve kumpania y dos organizaciones más -ProRrom y Unión Romaní-, así como actores estatales como el ICBF y actores de la academia como la Universidad Nacional de Colombia. No obstante, para 2025 no se cuenta con un documento final ni tampoco con directrices claras dirigidas específicamente a las juventudes gitanas.

A pesar de estas limitaciones, la agenda de paz posicionó narrativas de los modos de vida de las juventudes gitanas del país, particularmente aquellas afectadas por el conflicto armado. Dichas narrativas reconocieron un daño diferencial en dimensiones centrales de la población Rrom, como la integridad cultural y política, el territorio, la autonomía y la capacidad organizativa, afectando los derechos de infantes, adolescentes y juventudes (Contraloría General de la República, Defensoría del pueblo, Procuraduría General de la Nación, 2023, p. 39). Este reconocimiento se dio en el marco del seguimiento a la Ley 4634 de 2011, que estableció medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom o Gitano. Lo anterior puede comprenderse como *conexidad de agenda*, ya que la agenda de la paz visibilizó, de manera indirecta, la agenda de las juventudes Rrom.

En cuanto a la experiencia juvenil rural, se identificaron narrativas más explícitas sobre la ruralidad en el marco de la agenda de paz, como se muestra a continuación:

> Artículo 86°. Promoción de iniciativas juveniles. El gobierno nacional impulsará estrategias encaminadas a desarrollar las iniciativas sociales de los jóvenes.

[46] Pero esta solo se realizaría en el año 2023 (Por primera vez en el país, niñez Room tendrá un capítulo en la Política Nacional de Infancia y Adolescencia) https://www.icbf.gov.co/noticias/por-primera-vez-en-el-pais-ninez-rrom-tendra-un-capitulo-en-la-politica-nacional-de

> Para tal efecto, la Dirección del Sistema Nacional de Juventud, Colombia Joven, constituirá un banco de iniciativas encaminado al fortalecimiento de capital social, desarrollo humano y protección de los derechos humanos de esta población, así como de los proyectos productivos y de emprendimiento que motiven a los jóvenes beneficiarios a permanecer en la Colombia rural. (DNP,2015, p.1127)

Lo anterior reitera que la agenda de la paz determinó la agenda en salud para juventudes en territorios históricamente afectados por el conflicto armado, particularmente las juventudes rurales, con autorreconocimiento étnico y aquellas con trayectorias de vida marcadas por la violencia en este contexto.

Narrativas de consumo de sustancias psicoactivas en el gobierno Santos II

Durante el periodo 2014-2018, y con mayor disponibilidad de información sobre la magnitud del fenómeno, se evidenció que las juventudes constituyeron el grupo poblacional con mayor consumo de sustancias psicoactivas ilícitas. En primer lugar, se ubicaron las personas entre 18 a 24 años con una tasa del 8,7 %; en segundo lugar, los adolescentes con una tasa del 4,8 %; y en tercer lugar las personas de 25 a 34 años (4,3 %) (UNODC, 2013).

La narrativa sobre el consumo de SPA presentó un giro respecto al periodo de gobierno anterior. Mientras que en el gobierno Santos I el consumo de SPA se interpretó como un comportamiento propio de las juventudes, en el gobierno de Santos II, esta práctica, se comprendió como un desenlace generado por la exposición a entornos específicos de consumo que afectaba los modos de vida de las juventudes más vulnerables. Desde esta comprensión, el abordaje de esta problemática se desplazó del enfoque tradicional centrado en la restricción y la sanción hacía una perspectiva[47], que articuló responsabilidades intersectoriales, involucrando no solo al sector salud, sino también al sector educativo, Ministerio de educación, SENA, Coldeportes, así como otras entidades que tradicionalmente han liderado la agenda de las juventudes-adolescentes

[47] Mecanismo principal cuando el consumo de SPA se tramita desde una perspectiva de seguridad.

como el ICBF, Ministerio de justicia y Departamento de Prosperidad Social (DPS), como se muestra a continuación:

> Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en niños, adolescentes y jóvenes, y su involucramiento en las actividades de producción, tráfico, distribución, comercialización o porte, se diseñará una estrategia entre el MSPS, el MEN, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el ICBF, el DPS, el Sena y Coldeportes, enfocada en la promoción de los derechos y el ejercicio de la ciudadanía (DNP,2015, p.349)

Este giro se reflejó, además, en la comprensión de los desenlaces en salud para las juventudes, vinculados a narrativas de salud física, uso del tiempo libre y recreación, pues se reconoce que la enfermedad no solo se previene con acciones del área asistencial (en clínicas y hospitales). Así, se propuso como estrategia para prevenir el consumo de SPA acciones descritas en el Plan Nacional de Recreación 2013-2019 en el marco de la paz, así:

> La consolidación de la política del deporte, recreación y actividad física, sus lineamientos se orientarán a la contribución de la prevención, solución y reparación del conflicto, priorizando los territorios más afectados e impactados, por el conflicto armado en Colombia. En tal sentido, con base en los lineamientos planteados en el Plan Nacional de Recreación 2013-2019, se desarrollarán estrategias dirigidas a la primera infancia, las personas mayores y la adolescencia y juventud; estrategias que contarán con el seguimiento del Observatorio Nacional de Recreación y el Programa Nacional de Formación del Talento Humano. (Coldeportes 2013 en DNP,2015, p.370)

Adicionalmente, se identificó una diferenciación conceptual en el abordaje de la temática de consumo de SPA, al introducir la distinción entre el “uso” y el “abuso”. Esta narrativa reconoció la existencia del consumo con fines recreativos que no comprometen necesariamente la salud, situando el problema sanitario en el “abuso” de las sustancias. Si bien esta aproximación puede interpretarse como progresista, dejó sin resolver los efectos de las adicciones y la comprensión del consumo como un problema de salud

pública, trasladando la responsabilidad al individuo y su capacidad de autocontrol. En ese sentido, se configuró una lectura que privilegió la autorregulación del consumidor por encima de las condiciones estructurales que inciden en el consumo.

Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente en el gobierno de Santos II

Durante este gobierno, se proyectó la creación de una ruta de atención integral para los jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA), en reconocimiento de las condiciones específicas asociadas a la privación de libertad, la salud mental y el consumo de SPA. Esta proyección partió aclarando que el sistema de atención en salud vigente fue diseñado para personas en libertad, presentando barreras particulares para la garantía del derecho a la salud debido al desconocimiento de los mecanismos de atención disponibles para juventudes privadas de la libertad.

Ahora bien, si había una falta de información y de líneas de base sobre los modos de vida de las juventudes en libertad, la situación de los jóvenes del SRPA era aún más desconocida, ya que al inicio de este periodo de gobierno la línea de base a 2014 para algunos ítems fue de cero (ver tabla 13, fila 8). Dentro de las proyecciones de atención en salud se estimó impactar a 3000 adolescentes y jóvenes mediante una ruta especializada como se muestra en la imagen 16. Sin embargo, esta ruta aún es inexistente a 2025[48].

Imagen 16. Indicadores para juventudes SRPA propuestos en PND 2014-2018

Producto	Línea base 2014	Meta a 2018
Adolescentes y jóvenes atendidos bajo la ruta de atención integral para el consumo de SPA y salud mental en el SRPA	0	3.000
Porcentaje de adolescentes con más de 6 meses de permanencia en el programa de atención con la garantía de ejercicio de sus derechos (identidad, salud y educación)	n.d.	100 %
Porcentaje de unidades de servicio de atención a adolescentes y jóvenes del SRPA con prácticas restaurativas implementadas	30 %	100 %
Porcentaje de adolescentes y jóvenes que egresan el último años del SRPA atendidos con estrategias posegreso o inclusión social	n.d.	50 %

Fuente. Tomado y adaptado de DNP, 2015, p.375-510

[48] Si bien los centros de atención del SRPA aplican acciones para que los jóvenes accedan al servicio de salud, esta no es desde una ruta especial que contemple los desafíos de la privación de la libertad, en cambio sucede igual a la de un joven libre.

En el marco del compromiso de Santos en su segundo mandato por aplicar una justicia restaurativa para las juventudes, se destaca el posicionamiento de una contranarrativa proveniente de las bases sociales, especialmente de los familiares de los jóvenes vinculados al SRPA. Esta contranarrativa interpretó las conductas infractoras como resultado del constreñimiento ejercido por redes o grupos de adultos al margen de la ley. El gobierno Santos II retomó esta lectura y la ubicó en el centro de la comprensión de las dinámicas de delincuencia juvenil, reconociendo al actor social juvenil -adolescentes- como sujetos de protección y orientando la acción estatal hacia la judicialización de los responsables de la vulneración de sus derechos (DNP,2015, p.534). Lo anterior, en concordancia con la Constitución de 1991 que indica que es deber del Estado garantizar protección a las personas menores de 18 años.

No obstante, en las entrevistas realizadas con respecto a la salud de las juventudes privadas de la libertad en el SRPA, se refirieron múltiples barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud. A la fecha, no se identificaron rutas especiales articuladas al sistema de salud adaptadas a las condiciones del SRPA, generando retrasos en la atención, autorizaciones judiciales adicionales y dependencias logísticas, profundizando las barreras existentes, como se muestra a continuación:

> cuando usted está privado de libertad, -los que están en los centros de formación Buen Pastor o Valle de Lili-, pues estos jóvenes están detenidos, están separados del sistema [de salud] y cuando uno habla de que está privado de su libertad, pues usted debería tener unas ciertas ventajas para acceder a todo lo que tiene que ver con la prestación de servicios de salud, pero las normas como están diseñadas hoy, indican que esa persona está en el mismo régimen al que tenemos acceso nosotros acá, ¡que estamos por fuera! [en libertad], se da por hecho que son las mismas barreras y ellos [los privados de la libertad] van a tener más, porque ellos están privados, ellos no pueden acceder inmediatamente, por ejemplo, cuando me duela un diente yo voy a ir al médico o pido una cita y voy mañana, pero en la privación de libertad se debe esperar a *que el juez autorice* la salida, que haya la disponibilidad del transporte, que haya la cita para cuando la necesiten, que haya el custodio que lo acompañe a esa cita (P_AGIDc_SSC_003).

En este contexto, se identifica una tensión estructural: el adolescente es priorizado como titular de derechos en libertad, pero su condición cambia sustancialmente cuando ha infringido la ley. Así, la minoría de edad, como criterio de responsabilidad estatal, enfrenta limitaciones importantes en el SRPA, sugiriendo una contranarrativa en la que las juventudes infractoras se ubican en una posición secundaria en términos de garantía del derecho a la salud integral, generando una salud física limitada, mientras que se promueven procesos de atención de la salud mental y la salud alimentaria con equipos transdisciplinares disponibles en los centros del SRPA, lo que representar una ventaja frente a otras juventudes en libertad, para quienes estos servicios son más restringidos.

Salud ambiental en el gobierno Santos II

Con respecto a la salud ambiental, durante este periodo de gobierno se mantuvo una narrativa en la que lo ambiental se articuló principalmente a los efectos de los desastres naturales sobre la población y por ende aquellos desenlaces de salud vinculados a estos, como se referencia a continuación:

> Con el fin de mitigar o prevenir los riesgos en salud que se deriven de una situación de emergencia, evitar las epidemias, controlar su propagación y garantizar la existencia y disponibilidad de talento humano, bienes y servicios de salud, el MSPS declarará la emergencia sanitaria en todo o parte del territorio nacional cuando lo considere pertinente y durante el tiempo que sea necesario, e impartirá medidas para la adecuada atención de la salud de la población. (DNP,2015, p.396)

Complementariamente, para el PND de Santos II se realizó un análisis de los costos de la morbilidad y la mortalidad relacionados al componente ambiental señalando que:

> Los costos de mortalidad y morbilidad asociados a contaminación del aire urbano, del aire interior, deficiencias en el suministro de agua para consumo humano y saneamiento básico representaron el 2% del PIB en 2010, equivalente a $ 10.2 billones. (DNP,2015, p.396)

Durante este periodo, la agenda de salud ambiental se dirigió a la población general, es decir, a todos los cursos de vida, incluyendo indirectamente a las juventudes. En esta agenda se identificó la participación de múltiples actores como: los Ministerios de Salud, Ambiente, Vivienda, Transporte, Minas y Comercio, responsables de las acciones orientadas a la reducción de la contaminación del aire y al mejoramiento de los sistemas de agua potable y saneamiento básico. (DNP,2015, p.397)

Una comprensión crítica de la salud ambiental puede apoyarse en la propuesta de "los bienes comunes", especialmente en el contexto de los desastres naturales priorizados en la agenda sanitaria, los cuales fueron considerados factores de exposición por los riesgos que presentan para la cotidianidad, los recursos naturales y la salud de las personas. Estas afectaciones adquieren particular relevancia en la zona rural, espacios en los que también transcurre la experiencia juvenil de la población colombiana. En este sentido, el PND estableció el siguiente compromiso:

> El DNP liderará con el apoyo de los ministerios de Salud y Protección Social y Ambiente y Desarrollo Sostenible, el estudio de costos en salud por exposición a la contaminación del aire urbano, aire interior y a las deficiencias en el suministro de Agua Potable y Saneamiento Básico (APSB). Este estudio se realizará con base en la metodología de análisis de carga de enfermedad por factores ambientales de la OMS, utilizada por el Banco Mundial, la cual ha sido aplicada en Colombia en los años 2004 y 2010. (DNP,2015, p.397)

Con respecto a este compromiso, solo hasta 2018 a través del Observatorio Nacional de Salud del INS, se publicó el Informe técnico especial No10 denominado *Carga de Enfermedad Ambiental en Colombia*, el cual aportó datos para la definición de la línea de base sobre la carga de enfermedad asociada a factores de riesgo ambiental en los niveles nacional, departamental y distrital. Uno de los estudios de caso presentados era de la ciudad de Cali, lo que representó un avance significativo, dado que este tipo de informes no estaban disponibles previamente en el país (INS, 2018, p.109). El informe señaló que:

> Las mayores pérdidas de vida saludable se deben a la contaminación del aire, particularmente asociado a Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC). Mientras que, la contaminación del agua se asocia principalmente con Enfermedad diarreica aguda (EDA). La menor carga atribuible a factores de riesgo ambiental se presenta para las exposiciones a radón y plomo. En general, los hallazgos de las muertes y pérdidas de años de vida saludable en AVISA, así como los resultados desagregados por factor de riesgo ambiental analizado, son similares a los reportados para 2016 en el estudio global de carga de enfermedad.
> (INS, 2018, p.135)

Adicionalmente, se identificó que en el país murieron 96.844 personas por nueve enfermedades relacionadas con afectaciones a la salud ambiental[49], lo que representó el 43,4% del total de las muertes reportadas para ese año (INS, 2018, p.94). Asimismo, la revisión sistemática incluida en este informe indicó que, aunque fue limitada la disponibilidad de estudios con enfoque de género, las consecuencias del cambio climático difieren entre hombres y mujeres; en particular, en el análisis de desastres naturales en 140 países, se reportó una mayor mortalidad en mujeres, especialmente jóvenes (Feo O & Jiménez 2009 en INS, 2018, p.70).

Si bien, el informe realizó triangulación de fuentes para aportar a las líneas de base del país, no se desarrollaron estudios primarios específicos en Colombia y tampoco se desagregaron de manera sistemática las implicaciones por curso de vida. Esto limitó la comprensión de los espacios y las situaciones de exposición que cada grupo poblacional tiene en sus itinerarios y modos de vida. En este sentido, se reconoce el avance técnico del ejercicio, pero también se identifica que no se destinaron recursos suficientes para los estudios con información concreta.

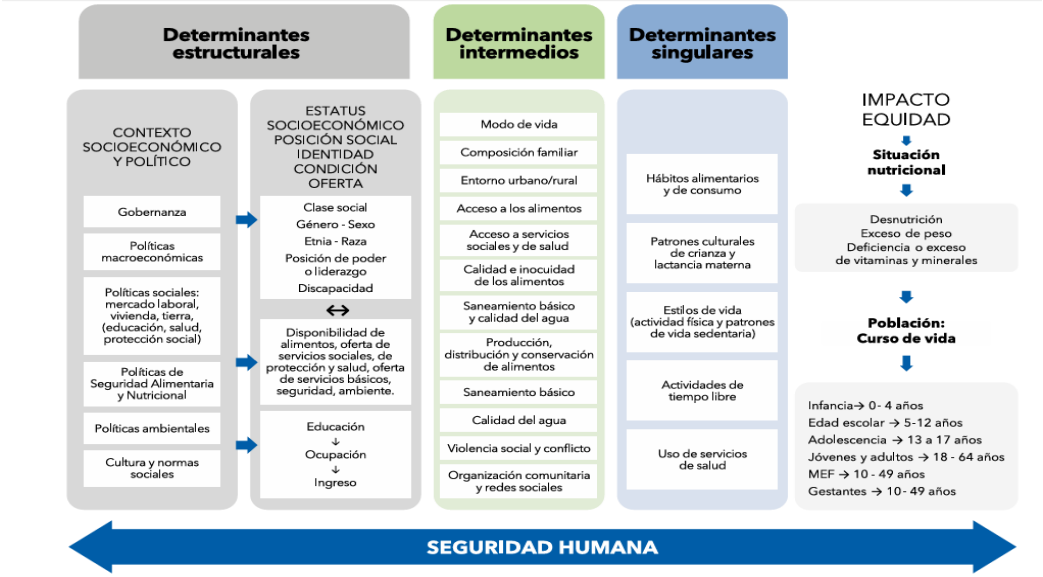
Salud alimentaria y nutricional en el gobierno Santos II

Con Santos II se consolidó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONPES 113), la cual, aunque fue formulada en 2008, entró en vigor entre 2012 y 2014. En este marco, el PND Santos II incorporó con mayor frecuencia narrativas que

[49] Alergias en la piel, asma, sobrepeso, bronconeumonía, bronquitis, desnutrición, helmintiasis, Poliparasitismo intestinal

reconocieron la interdependencia de los desenlaces de salud con la alimentación y nutrición. Como parte de este proceso, se financió la versión de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN 2015), la cual sustentó su análisis desde el modelo de los Determinantes Sociales de la SAN, y acorde al interés que el gobierno Santos declaró en las políticas de Infancia y adolescencia se formuló también la Política Nacional para la Infancia y Adolescencia, liderada desde el Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), (DNP,2015, p.67).

Imagen 17. Modelo conceptual ENSIN 2015 Determinantes Sociales de la SAN



Fuente. Tomado de ENSIN (ICBF et al., 2015)

Los resultados de la ENSIN 2015 permitieron evidenciar que los hogares colombianos experimentaban una triple carga nutricional, caracterizada por la coexistencia de malnutrición por déficit, malnutrición por exceso y deficiencia de micronutrientes en los integrantes del hogar. No obstante, estos resultados fueron publicados únicamente hasta 2018, hacia el cierre del periodo de gobierno y tres años después de la evaluación del PDSP, nuevamente una *atemporalidad externa de las políticas*.

De forma similar, a lo referido para otros indicadores, la información de la situación alimentaria y nutricional fraccionó las juventudes: por un lado, se presentaron datos específicos para infancia y adolescencia, y por otro, se combinaron los datos de las juventudes mayores de 18 años con los de población adulta hasta los 64 años (datos del estado nutricional). En el caso de la información sobre consumo de alimentos, la

información reportó de forma agregada datos de personas entre 5 y 64 años, lo que implicó nuevamente una fusión de los datos de la salud alimentaria, como se muestra en la tabla 13, filas 14 a 18.

Se reitera como hallazgo central que el uso de cifras agregadas o presentadas en bloque no permite dar cuenta de los modos de vida, las situaciones diferenciadas de exposición y de oportunidad de las juventudes. En el caso de salud nutricional, por ejemplo, sería necesario indagar de manera específica condiciones como la jefatura juvenil de los hogares por su relación con la SAN del hogar; por otro lado, la priorización del PDSP, y particularmente en la agenda Pacífico, los trastornos nutricionales no fueron incorporados como problema relevante. Esta omisión se relaciona con las limitaciones de las fuentes de información disponibles, tal como se refirió en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015, al indicar que: “los estimativos de la zona del Pacífico no son lo suficientemente precisos para ser considerados en el análisis. Igual ocurre con lo correspondiente a la prevalencia de conductas de dieta, malestar con el acto de comer, vómitos autoinducidos o atracones (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015, p.159-160)”. Este hecho sugiere aspectos dependientes para la definición de agenda en salud alimentaria, que para este caso estuvo condicionada por las capacidades técnicas de la medición, que limitan la visibilización de problemáticas relevantes para las juventudes en determinados territorios.

De manera consistente con los hallazgos del gobierno Santos I, en este periodo de gobierno la agenda relacionada con la diversidad de género fue marginal, tanto en términos de comprensión de la diversidad, como en el reconocimiento de cifras nacionales sobre las situaciones de salud de las juventudes diversas. En relación con los mecanismos de monitoreo, se identificó nuevamente que uno de los indicadores proyectados se orientó en “contar con una política departamental”, es decir, centrado en la existencia formal de un documento de política. Este tipo de indicadores privilegian la disponibilidad de documentos de política, pero no monitorea los efectos de las políticas en los modos de vida y por ende en los proyectos de vida de las juventudes, particularmente en contextos de riesgo de violencia letal contra personas con orientaciones sexuales e identidad de género diversas, como se muestra en la tabla 13.

Durante los gobiernos Santos I y II, aunque se priorizó la agenda de la primera Infancia, también se asignaron acciones dirigidas a la población menor de 18 años, entre ellos los adolescentes, priorizando la siguiente agenda:

> De los mayores legados que deja el Gobierno del Presidente de la República, Juan Manuel Santos Calderón, fue la atención para la *primera infancia, niñez, adolescencia* y familias del país, y el desarrollo de políticas para favorecer a esta población, las cuales serán supervisadas en su aplicación por el ICBF como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) (ICBF, JUNIO 2018)[…] "Desde 2010 a 2018 ha beneficiado a 1,7 millones de niños, niñas y adolescentes con estos programas." (ICBF, 2018, p.1)

La agenda de juventudes estuvo presente en el gobierno de Santos II y se concretó normativamente con la actualización de la Ley Estatutaria de Juventudes, con la que se modificó el artículo 61, que se propuso definir y actualizar una primera línea base que permitiera la identificación y caracterización de procesos y prácticas organizativas, así como los espacios de las y los jóvenes (Ley 1885, Art. 61, 2018). Lo anterior, garantizando la participación de diferentes grupos juveniles. Además, fortaleció el concejo de políticas públicas del concejo de juventud, asignando funciones a las plataformas de juventud y responsabilizó a la Registraduría Nacional del Estado Civil del proceso electoral de los Concejos Municipales de Juventud (CMJ).

Tabla 13.Indicadores y juventudes descritos en PND 2014-2018

No	Temática	Indicador de seguimiento quinquenal (ISQ) / Meta intermedia (MI) /producto (p)	Línea de base	Meta a
1	Embarazo adolescente	**ISQ.** Porcentaje de mujeres 15 a 19 años que han sido madres o están embarazadas.	2010. 19.5%	2015. 18%
2	Proyectos de vida	**MI.** Bienes y manifestaciones del patrimonio cultural reconocidos y protegidos	2014. 36	2018. 48
3	Proyectos de vida	**MI.** Planes especiales de manejo y protección (PEMP) y planes especiales de salvaguardia (PES) formulados.	2014. 33	2018. 43
4	Proyectos de vida	**MI.** Profesores formados en el diplomado de Pedagogía didáctica para la enseñanza de lengua extranjera (ELE)de manera presencial y virtual.	2014. 96	2018. 1000
5	Acciones en juventudes SRPA	**MI.** Adolescentes y jóvenes atendidos bajo la ruta de atención integral para el consumo de SPA y salud mental en el SRPA	2014. 0	2018. 3000

No	Temática	Indicador de seguimiento quinquenal (ISQ) / Meta intermedia (MI) /producto (p)	Línea de base	Meta a
6	Acciones en juventudes SRPA	**MI.** Porcentaje de adolescentes con más de 6 meses de permanencia en el programa de atención con la garantía de ejercicio de sus derechos (identidad, salud y educación)	2014. n.d	2018. 100%
7	Acciones en juventudes SRPA	**MI.** Porcentaje de unidades de servicio de atención a adolescentes y jóvenes del SRPA con prácticas restaurativas implementadas.	2014. 30%	2018. 100%
8	Acciones en juventudes SRPA	**MI.** Porcentaje de adolescentes y jóvenes que egresan en último año del SRPA atenidos con estrategia pos-egreso o inclusión social.	2014. n.d	2018. 50%
9	Juventudes y conflicto armado	**MI.** Municipios con rutas de prevención del reclutamiento, utilización y violencia sexual contra NNA implementados.	2014. 80	2018. 160
10	Juventudes y conflicto armado	**MI.** Municipios con Plan de prevención del reclutamiento, utilización y violencia sexual contra NNA implementados.	2014. 27	2018. 40
11	juventudes y salud física	**MI.** Personas que accedan a los servicios deportivos, recreativos y de la actividad física	2014. 2.754.065	2018. 3.019.938
12	juventudes y salud física	**MI.** Municipios implementando programas de recreación, actividad física y deporte social comunitario.	2014. 670	2018. 900
13	Juventudes y diversidad	**P.** Departamentos con la política pública LGTBI socializada a través de espacios participativos con la población LGTBI	2014. 0	2018. 32
14	juventudes y salud alimentaria	**ISQ.** Prevalencia de exceso de peso en hombres y mujeres de 18 a 64 años	2010. 51,2%	2015. 50%
15	juventudes y salud alimentaria	**ISQ** Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años	2010. 17,5%	2015. 17%
16	juventudes y salud alimentaria	**ISQ** Porcentaje de personas que consumen a diario verduras en población de 5 a 64 años	2010. 66,8%	2015. 70%
17	juventudes y salud alimentaria	**ISQ** Porcentaje de personas que consumen a diario frutas en población de 5 a 64 años	2010. 28,1%	2015. 31%
18	juventudes y salud alimentaria	**ISQ** Porcentaje de personas mayores de 18 años que practican más de 150 minutos a la semana de actividad física en tiempo libre y como medio de transporte.	2010. 53,5%	2015. 57%

Fuente. Tomado y adaptado de Plan Nacional de Desarrollo Santos II p.371, 375,507, 510, 550.

Hitos del gobierno Santos II

Ley Estatutaria 1885 de 2018 constituyó un hito en la agenda de las juventudes durante el segundo gobierno de Santos al establecer el proceso de elección de los CMJ y definir con claridad los criterios relacionados con fechas, tiempos y responsabilidades institucionales. Esta norma sentó las bases y los mecanismos para que las juventudes ejercieran una participación legítima y desde una perspectiva de derecho y deberes para la configuración de las políticas públicas.

Nota. *La participación como derecho se identifica conexa con la garantía de un derecho a la salud.*

Agenda y actores en el pacto por la equidad de Duque 2018-2022

El gobierno de Iván Duque marcó una distancia importante frente a la visión que había orientado el gobierno Santos, diferencia que impactó transversalmente la agenda de las juventudes. Aunque Duque fue uno de los presidentes más jóvenes del país[50], durante su mandato la agenda gubernamental se desarrolló en un contexto de promoción de la economía naranja, y se presentaron inconformidades sobre la gestión de la pandemia por SARS-COVID 19, las directrices adoptadas frente a movilizaciones de jóvenes durante el paro nacional y la formulación de reformas estructurales. Estas dinámicas se desplegaron en un escenario de pérdida del empleo y de inseguridad alimentaria y nutricional, frente al cual las juventudes expresaron su inconformidad a través de diferentes mecanismos de protesta y participación.

Duque como político se articuló con las agendas del Centro Democrático y de sectores del Partido Liberal quienes mantuvieron una posición crítica frente a la agenda de paz impulsada durante el gobierno Santos. Esta tensión incidió en la continuidad parcial del proceso de paz, que no se omitió completamente debido al monitoreo internacional de los países garantes, pero tampoco avanzó de forma sostenida.

Esta situación resulta relevante para el análisis del objetivo 2, en tanto la agenda de paz había permitido, en el periodo anterior, una mayor visibilización de narrativas asociadas al conflicto armado, el reclutamiento, la ruralidad y las juventudes, dimensiones que perdieron posicionamiento durante este gobierno.

En el PND de Duque se incorporaron datos más específicos sobre la situación de las juventudes; sin embargo, en continuidad con gobiernos anteriores, estos se concentraron principalmente en la población adolescente. Si bien esta focalización se reconoce como una acción protectora relevante, se mantuvo la omisión de una agenda diferenciada para las juventudes entre 18 y 28 años, particularmente en aspectos que determinan su calidad

[50] Después de Liborio Mejía Gutiérrez quien se posicionaría a los 24 años en 1816

de vida y salud. La violencia continuó siendo uno de los principales flagelos que atravesaron la experiencia juvenil, con mayor impacto sobre hombres jóvenes, seguida por los accidentes de tránsito y otras muertes accidentales, sin que estas problemáticas se tradujeran en acciones en la agenda de juventudes.

Menores de 18 años: fragmentación del colectivo juventudes gobierno Duque

Durante el gobierno Duque se presentó una caracterización fragmentada inapropiada de las juventudes, en la medida en que sus necesidades fueron fusionadas con las de primera infancia e infancia. Esta decisión dificultó la medición, el monitoreo y las propuestas de abordaje articuladas con la política nacional de juventudes, orientada a personas entre 14 y 28 años. En la caracterización poblacional, por ejemplo, la vulnerabilidad en el hogar se definió si en este había integrantes menores de 18 años, agrupando en un mismo bloque primera infancia, infancia y adolescencia. De este modo, aunque el gobierno afirmó atender una agenda de juventudes, la financiación estuvo centrada principalmente en acciones en primera infancia y adolescencia.

En este marco, se reportó que el 81.3% de los hogares colombianos tenían integrantes entre 0 y 17 años, de los cuales el 42.2% se clasificaron como hogares vulnerables y el 39.1% estaban en pobreza, desafortunadamente no se desagregó la vulnerabilidad por curso de vida. La información disponible se limitó a la categoría “hogares con menores de edad”, lo que invisibilizó las condiciones específicas de las juventudes. Así, la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2016, indicó que casi 3.500.000 niñas, niños y adolescentes pertenecían a hogares con pobreza multidimensional, condición que limitaba su desarrollo integral y generaba riesgo ante distintas problemáticas (Pells & Woodhead, 2014 en DNP, 2019 p.266). Dado que la adolescencia constituyó el principal interés estatal por su condición de minoría de edad, los datos correspondientes a este grupo fueron más accesibles, lo que reforzó una focalización en la agenda nacional.

Así, se identificó con respecto a los modos de vida la problemática del trabajo infantil, que fue mayor en jóvenes entre 15 y 17 años con una tasa de 18,6 %, quienes para 2018 estuvieron expuestos a trabajos peligrosos y un bajo acceso a la educación. Por otro lado, en el país un 18,5 % de las adolescentes de 15 a 19 años no asistió a un establecimiento

educativo por encargarse de los oficios del hogar y un 16,5 % no lo hizo por situaciones del embarazo (DNP,2019, p.406), además: hubo un bajo acceso a educación media, apenas 42.18% de las personas entre los 15 y 17 años accedieron a esta, y solo la mitad de los jóvenes entre los 17 y 21 años accedieron a la educación superior. Así, los jóvenes no lograban acceder oportunamente al sistema educativo, y los que lo hacían no tuvieron condiciones de calidad y pertinencia afectando el desarrollo social (DNP,2019, p.407).

De forma paralela, se fortalecieron mecanismos de seguimiento a la garantía de derechos a través del Sistema Único de Información de la Niñez (SUIN) (DNP,2019, p.276), que aún durante la escritura de esta tesis continúa vigente y que monitorea los indicadores desde el Observatorio de Bienestar de la niñez (OBN), en funcionamiento desde 2012.

Para 2018, los casos de desaparición en población menor de 18 años fueron medidos y reportaron cifras alarmantes siendo cuatro veces mayor al número de homicidios reportados para este grupo poblacional en el mismo año, es decir, 775 de los menores de edad del país tuvieron una muerte violenta, 2.745 fueron desaparecidos, lo que implica que cursaron parte de su experiencia juvenil en instancias desconocidas. Para el mismo año, se reportaron 33 casos de reclutamiento y utilización de menores de edad en 19 municipios del país (CIPRUNNA, 2018, en DNP,2019, p.265), evidenciando que los diferentes tipos de violencia truncan el proyecto de vida juvenil, con un agravante importante y es que se desconocía la información sobre su estado de salud, tanto física como mental.

Con respecto a la violencia este gobierno contó con datos consolidados de personas entre 13 y 49 años, sin desagregar por curso de vida, lo que impidió establecer líneas de base para juventudes. La respuesta institucional se orientó hacía el rediseño de una política social adaptada a un modelo de familia tradicional (DNP, 2019, p. 869), lo que se clasifica como una estrategia sesgada ya que desconoció la diversidad de tipos de familias del país.

Adicionalmente, Duque enfrentó un periodo de gobierno con la pandemia de SARS COVID-19 que dejó 6,2 millones de casos de contagio y 140 mil muertes por el virus (Razón pública, 2022). El Instituto Nacional de Salud (INS) reportó 142780 muertes por

COVID-19[51], de las cuales 1882 fueron personas entre 10 y 29 años (INS,2023). Además, se presentaron manifestaciones por cuenta de la reforma tributaria y la reforma a la salud, Hogares con Inseguridad Alimentaria (INSHA)[52], situación que de acuerdo con la Alianza Universitaria por el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (ALUDHAA) la presentó el 71.6% de los hogares en las 11 ciudades encuestadas, siendo principalmente afectados los hogares de estrato 1 con 86.4% y aquellos con jefatura femenina. Este estudio indicó que la INSAH del país "se incrementó 20 puntos porcentuales con respecto a la última encuesta poblacional ENSIN 2015[53] (Verano Celis et al, 2025).

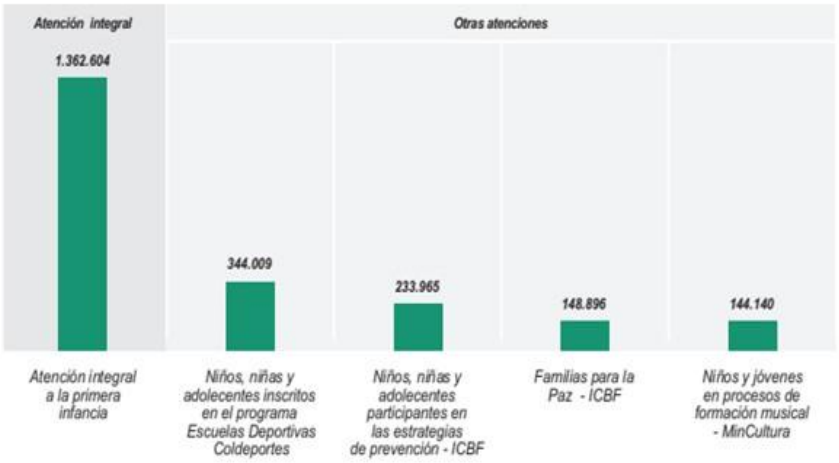
Con este panorama en el gobierno Duque, entre 28 de mayo a 28 de junio se reportaron 75 asesinatos (59% con presunta autoría de la fuerza pública), 1832 detenciones arbitrarias, 96 víctimas de violencia ocular, 35 víctimas de violencia sexual, 1468 casos de violencia y 3486 casos de violencia policial (Alianza INDEPAZ-Temblores, 2021, p.4-INDEPAZ, 2022 p.4), dentro de los cuales hubo casos de población entre 14 y 28 años.

Se identificó además que las violencias y las vulneraciones de derechos persistían en el país, en particular contra las niñas y las adolescentes (carga de género). Para el año 2017, el 86,8 % del presunto delito sexual de todo el país se cometió en menores de edad, de este total, el 73,8 % fue sobre niñas y adolescentes (INMLCF, 2018 en PND Duque, p.266).

La atención integral del gobierno Duque estuvo dirigida a la primera infancia siendo infancia y adolescencia partícipe de otras atenciones no integrales como se muestra en la siguiente gráfica:

[51] La página tenía datos acumulados con corte hasta junio de 2023.
[52] tener menos de tres comidas por día, baja variedad y cantidad de alimentos
[53] La ENSIN estaba programada para 2020, por su frecuencia quinquenal, pero para este periodo de gobierno se omitió

Imagen 18. Datos de atención integral primera Infancia y otras atenciones en Infancia y adolescencia 2018



Fuente: DNP a partir de SINERGIA 2018a y SNBF 018 en PND Duque, p.266

Lo anterior, reveló que de la información nacional disponible aportada por el SNBF junto con los informes de SINERGIA, se registraron 2.089.474 de atenciones, entre ellas el 13.5% población menor de edad[54], que recibió una atención calificada como "integral", siendo un 8.8% población de primera Infancia con 1.362.604, mientras que el 4.7% población de infancia y adolescencia quienes accedieron a una atención clasificada como "no integral", como por ejemplo, asistir a una escuela deportiva, participar de musicales, recibir acciones de prevención de ICBF o ser parte del programa familias para la paz.

Tal como se observó en los dos periodos de gobierno de Santos, y de manera más acentuada durante el gobierno Duque, se consolidó una agrupación de la primera infancia, la infancia y la adolescencia en una misma categoría de atención. Esta decisión sugiere una destinación limitada de recursos físicos, económicos y de talento humano para el 30% de la población del país que para 2018 correspondía a personas menores de 18 años[55].

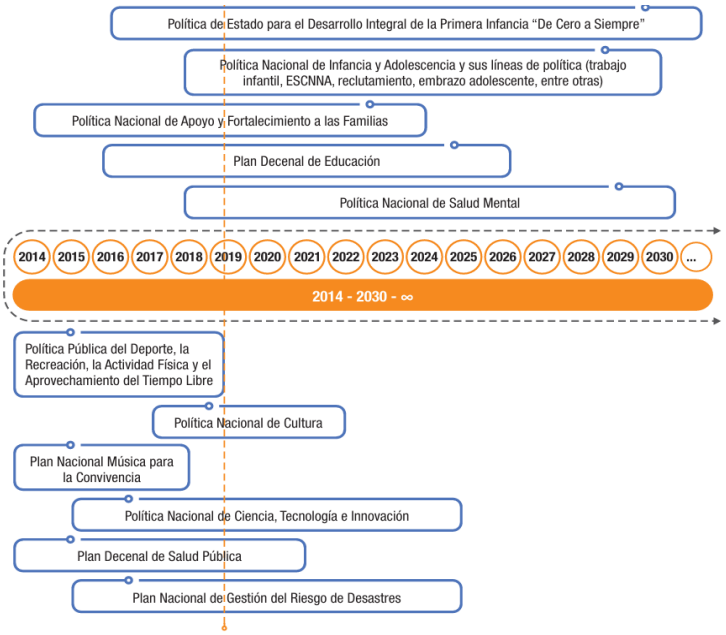
Esta limitación no debe entenderse únicamente en términos presupuestales, sino también como una restricción en las metodologías y estrategias diferenciales que se destinaron en su momento, al omitirse de manera sistemática en enfoque curso de vida.

[54] Refiere una nota del Tiempo para Octubre de 2018 con base en análisis del censo del DANE 2018. Quienes para sus infografías solo desagregaron de 0 a 14 años y mezclan de 15 a 54 años, los datos del grupo de menores de edad restante la franja 15 a 18 años. Disponible en http://eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/colombia-llegara-en-el-2018-a-los-50-millones-de-habitantes-segun-el-dane-143190

[55] Basados en los casi 50.000.000 de colombianos del país

En este marco, se mantuvo una agenda de juventudes fragmentada que permitió al gobierno presentar información sobre una atención parcial de las juventudes mediante la agrupación de varios cursos de vida en un mismo indicador. Esta estrategia afectó la visibilización de situaciones y acciones para las personas entre 14 y 28 años. Adicionalmente, aunque la adolescencia fue incluida nominalmente en estos indicadores agregados, las acciones se enfocaron de forma predominante en primera infancia e infancia, lo que conduce a afirmar que, en la práctica, se omitió la agenda de juventudes.

Imagen 19.Inventario de políticas disponibles, temporalidad y articulación con PND 2018-2022



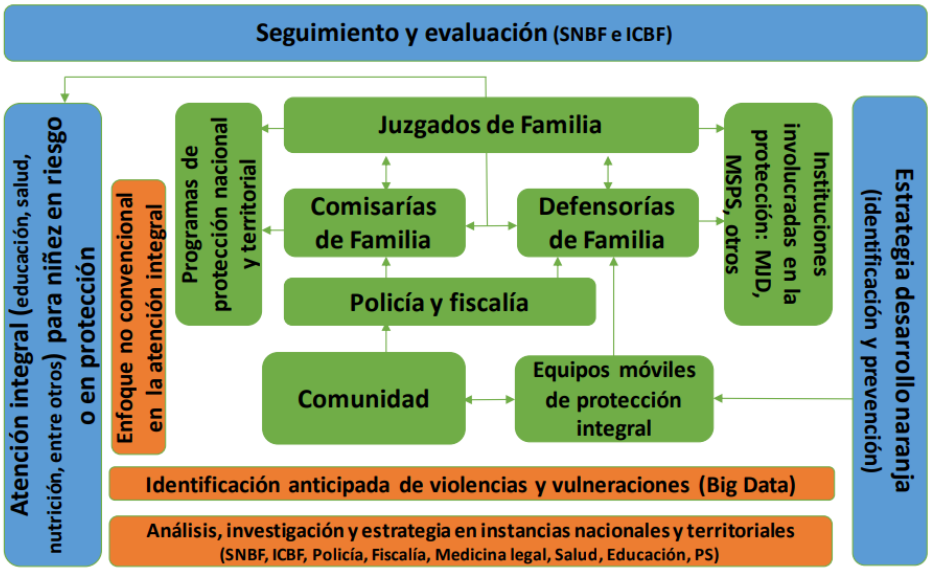
Fuente: tomado de DNP, 2019, p.269

La imagen 18 permite identificar las políticas de interés declaradas respecto a la agenda de los jóvenes en el gobierno Duque. En esta representación es evidente la omisión de la Ley Estatutaria 1886 de 2018, Estatuto de Ciudadanía Juvenil, particularmente en lo referente a la reglamentación del Sistema Nacional de Juventudes y se reivindica la articulación con la Política Nacional de Infancia y adolescencia (menores de 18 años). Lo anterior propone que el grupo entre 18 y 28 años como juventudes fue invisibilizado.

Conforme la agenda juvenil se centró en la adolescencia, se identificó un inventario de políticas en diferentes áreas, resaltando la Política Nacional de Infancia y Adolescencia, en la que se promueve la participación política de estos grupos sociales, tenía una

contranarrativa que resalto una “debilidad en los mecanismos de participación infantil, y una baja asignación de recursos, a pesar de ser impulsados por el Código de la Infancia y la Adolescencia y la Ley 724 de 2001.en concordancia, UNICEF señaló que el 70 % de las niñas, niños y adolescentes manifestaron no sentirse tenidos en cuenta y que requieren espacios de participación en los que sean informados, formados y escuchados (Niñez ya, 2018 en DNP, 2019, p.270)

Imagen 20.Actores del Subsistema de Protección de Derechos en el marco del SNBF Gobierno Duque



Fuente: Tomado de DNP, 2019, p.283

Durante el gobierno Duque se definió que el ICBF fortalecería su modelo de atención dirigido a adolescentes del SRPA, con el propósito de promover su desarrollo integral desde la hoja de ruta presidencial. Para esta labor, se identificó al Departamento Nacional de Planeación (DNP) como actor central en el apoyo con la cooperación internacional, para la evaluación de los procesos de atención. Se planteó la implementación de modelos de atención diferenciados para los adolescentes menores de 18 años y aquellos que cumplieran la mayoría de edad, en el marco de la estrategia de transición de la infancia a la juventud, en los programas de la línea G, *Juventud naranja*, para las áreas financiera y de infraestructura de los procesos orientados a la atención a los adolescentes y jóvenes del SRPA (DNP,2019, p.285), situación que no se dio, en cambio, estos permanecieron precarizados.

Caracterización de juventudes rurales y sus modos de vida

El Censo nacional del 2018 informó que “el 25,4% de la población rural estaba entre los 15-29 años, 52.5% eran hombres y 47,5% mujeres y el 34,9% estaban en pobreza multidimensional en comparación con 13,5% de los jóvenes urbanos (DANE, 2018). Además, la cuarta parte de las juventudes rurales ni estudiaba, ni trabajaba en contraste con un 18,3% de las juventudes urbanas, siendo la ruralidad la que presentó mayores desafíos con ingresar a niveles de formación técnica o universitaria (DANE 2018). Esta información evidenció brechas territoriales significativas (entre lo urbano y lo rural), así como, la ausencia de una caracterización de la diversidad de género en la ruralidad. Lo anterior sugiere la necesidad de avanzar en un agenda para juventudes reconociendo los desafíos y las inequidades marcadas en el área rural y con la perspectiva de diversidad étnica y de género.

Se identificaron además datos de caracterización de las juventudes con respecto a empleo, estudio y consumo de SPA:

Tabla 14. caracterización empleo, desempleo y consumo de SPA

No	cifras de juventud	Línea de base
1	Tasa de desempleo juvenil	16,6%
2	Colocaciones de jóvenes a través del Servicio Público de Empleo	248.000
3	Porcentaje de jóvenes que no estudian y no tienen empleo	21,2%
4	Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar	10,97%

Fuente. elaboración propia con base en PND Duque 2018-2022 p.417

En relación con los modos de vida, el gobierno Duque consideró la problemática laboral para juventudes con el Subsistema de Formación para el trabajo, en el que se creó el programa *Joven,* un programa liderado por el Ministerio del trabajo en coordinación del departamento administrativo de la función pública, vinculado a los procesos de transición del ciclo de aprendizaje, las prácticas laborales en el sector público y el ingreso al mercado laboral de los jóvenes del país. Se reconoció el programa de los primeros 40.000 empleos, que centró su evaluación en la perspectiva de los empleadores, dejando de lado las narrativas de los jóvenes y que se presentan a continuación:

> Para los jóvenes, el programa representó una oportunidad para encontrar empleo tras un largo periodo de búsqueda de trabajo, así como gozar de un empleo formal fijo. Con relación a las capacitaciones en competencias blandas recibidas, la mayoría afirmó que fue útil para su formación, en especial la capacitación en escritura y comunicación verbal, pero estas capacitaciones deberían considerar el nivel académico de los postulantes (DNP, 2019, p.102).

No obstante y reconociendo las limitaciones de la desagregación de las juventudes en este gobierno, se debe reconocer lo anterior como una acción articulada a los determinantes sociales de la salud. Se aclara que si bien esta investigación se adscribe a la propuesta de la Determinación social de la salud, desde las dos teorías para entender las desigualdades y los desenlaces en salud, se considera que las acciones o inacciones sobre la empleabilidad en simultáneo con aquellas relacionadas con la producción de ingresos económicos, son consideradas como aspectos que impactan finalmente la salud. No solo porque emplearse después de capacitarse o estudiar permite que el joven consolide en el corto y mediano plazo el proyecto de vida, dentro de ellos estar afiliados al sistema de salud y tener un acceso a la atención en salud, pero también porque existen estados de salud mental que se activan cuando después de la búsqueda recurrente de trabajo esta ha sido fallida, como se refiere a continuación:

> El desempleo podría dañar la salud mental a través de mecanismos como el aumento del estrés tras la pérdida de ingresos, contactos sociales y actividades significativas asociadas con el empleo. Estas dificultades también se acumulan con el tiempo, lo que puede explicar por qué se ha descubierto que los períodos más largos de desempleo son más perjudiciales para la salud que los períodos más cortos (Jin et al, 1995; Milner et al, 2013; Milner et al, 2014 en Junna et al 2022).

Durante el gobierno Duque se resignificaron los problemas sociales bajo la categoría de *Retos*, con respecto a la agenda de las juventudes y que se presentan a continuación, pero que se analizaran más profundamente en el capítulo 6.

Tabla 15.Retos (problemas) Institucionales declarados en el Gobierno Duque

Propias del Diseño Institucional	**Emergentes**
Debilidad de los gobiernos territoriales	Descentralización de competencias.
Insuficiencia de la atención integral	Vinculación de las políticas sobre la infancia con la política social
Acceso a la educación inicial	Posconflicto, atención a víctimas y construcción de paz
Acceso y permanencia en el sistema educativo formal	Planificación territorial (urbana y rural) con un enfoque dirigido a la niñez
Debilidad en la coordinación y articulación intersectorial	Sistemas de información nominal interoperables
	Fragilidad en los análisis de situación y del gasto social en la niñez
Débil institucionalidad para la protección de derechos	Debilidad en la transición a la juventud (acceso a la educación postmedia, vinculación al mercado de trabajo y a servicios sociales).
	Implementación de la Ley 1878 de 2018
Concurrencia financiera	Limitada oferta de servicios para la niñez con discapacidad y con consumo problemático de SPA.
Limitaciones en los espacios de participación	Respuesta institucional a la migración externa e interna

Fuente. Elaboración propia con base en Plan de Desarrollo Nacional Duque 2018-2022

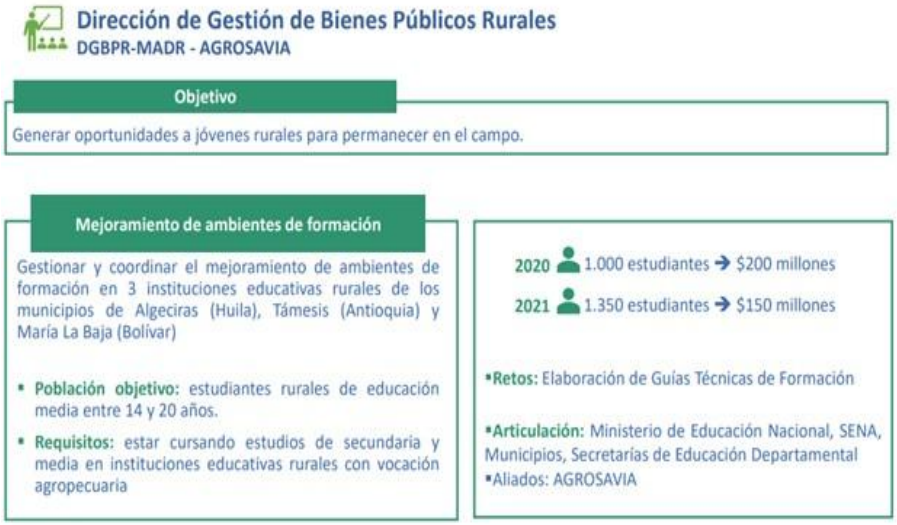
A continuación se presentan ejemplos del solapamiento de la agenda de jóvenes con otros cursos de vida:

Imagen 21.ejemplo de acciones para niñez y juventud propuestas en el gobierno Duque 2018-2022



Fuente: tomado de Plan Nacional de Desarrollo infancia y jóvenes 2018-2022

Imagen 22.Ejemplos de acciones para niñez y juventud propuestas en el gobierno Duque 2018-2022



Fuente: tomado de Plan Nacional de Desarrollo infancia y jóvenes 2018-2022

La imagen 21 refleja la crítica de una narrativa de *agenda de juventudes* que no articuló las apuestas conceptuales de la política de juventud, en la representación de quienes son los jóvenes. Así, en la columna de la derecha se identificó como población objetivo niños y jóvenes y al discriminar los requisitos para el acceso al programa se especificó que los participantes debían tener entre 9 y 14 años, que corresponden al curso de vida de infancia, -ni siquiera incluyó personas entre 14 y 17 años 11 meses que corresponde a la adolescencia-. Por esto, se declara que hubo un mal uso de la categoría "juventud y joven", pues además de la crítica frente a la pertinencia de los indicadores, se cuestiona la promoción de una narrativa de atención de la agenda para la población "joven", es decir, programas que se presentaron para jóvenes, pero que nunca estuvieron dirigidos a esta población, así, una contranarrativa de "*no-agenda juvenil*" y que se considera intencional y sistemática.

De igual forma, fueron insuficientes las acciones que realmente se destinaron en el gobierno Duque para población entre 14 y 28 años, como por ejemplo, que una de las estrategias para el campo apenas contempló la intervención para 42 jóvenes [56], algo muy precario, si se sabe que en el campo para el gobierno de Duque habitaban 2,9 millones de jóvenes (DNP, 2021, p.10). Otro ejemplo de esta situación se ubicó en el desarrollo

[56] El equivalente aproximado de un salón de clase de pregrado

de un curso de capacidades asociativas, para el que el total proyectado de participantes apenas el 15% serían juventudes, además, se retoma la categoría *del total proyectado* como una agenda definida en abstracto que demuestra la superficialidad con la que se gestionó la agenda de los jóvenes, en contraste con un discurso presidencial interesado en las juventudes naranja, invisibilizado claramente en la hoja de ruta de su Plan de Desarrollo, como se muestra a continuación:

Imagen 23. ejemplos de acciones propuestas para la juventud en el gobierno Duque 2018-2022



Fuente: tomado de Plan Nacional de Desarrollo infancia y jóvenes 2018-2022

Si bien, el gobierno de Duque promovió una narrativa de acciones para las juventudes estas fueron escasas, en cambio se encontró una agenda de juventudes desfinanciada, situación que durante la pandemia aumentó la inconformidad, el hambre y evidenció una invisibilización de sus necesidades, el desconocimiento de las desigualdades que atravesaban y que determinó la experiencia juvenil en este periodo, Originando acciones de reclamo legítimo de sus necesidades ante el Estado Colombiano.

Con respecto a la discapacidad en juventudes institucionalizadas, un 82,7% no presentaban ninguna, sin embargo, un 14,2% tenían una discapacidad por definir y en los casos confirmados de discapacidad 3.1%, no se discriminó cual era, lo que refleja que los datos no han sido claros en los programas estatales, pero también que la discapacidad aún no estaba tan posicionada en la agenda de salud para las poblaciones institucionalizadas (Ver tabla 13).

A continuación, se muestran datos de caracterización nacional de niños, niñas y adolescente en el proceso administrativo de restablecimiento de derechos por motivo de ingreso a situación de calle para mayo de 2016:

Tabla 16.Caracterización por NNA en proceso de Restablecimiento de derechos mayo 2016

Situación de Discapacidad	total
No	2.968
Si	113
Por Definir	508
Total general	**3589**

Sexo	total
Femenino	1.430
Masculino	2.158
Sin información	1
Total general	**3589**

Rangos de edad	total
0 a 6 años	52
6 a 12 años	667
12 a 18 años	2.073
Mayor de 18 años	787
Sin información	10
Total general	**3589**

Grupo étnico	total
Afrocolombiano (a)	363
Indígena	23
Raizal	8
Rom/Gitano	1
Sin pertenencia étnica	3.194
Total general	**3589**

Fuente: Sistema de Información Misional -SIM ICBF

Desfinanciación de la agenda de paz con Duque, implicación para las juventudes

En el gobierno Duque se identificó un bloqueo y una desfinanciación de la agenda de la paz, ya que la calificó constantemente como acciones ilegítimas y que tuvieron implicaciones en las juventudes, principalmente las ubicadas en la zona rural. Para dar un cumplimiento mínimo a los acuerdos de paz, Duque definió acciones en dos aspectos: la primera, la asistencia económica básica para exguerrilleros y la segunda, avances en la definición de un marco jurídico relacionado con los aspectos electoralmente de las FARC-EP. En simultáneo, bloqueó directamente lo relacionado con la agenda de la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) (Ríos y Morales 2022).

Duque se enfocó en cumplir aspectos del acuerdo de paz siempre que estas estuvieran vinculadas a sus metas del Plan de Desarrollo como: elemento de la reincorporación, la formulación de planes nacionales de desarrollo rural y con algunos aspectos de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET (La Silla Vacía, 2022).

Así, dentro de las críticas a su gobierno se referencian las cifras de violencia sobre Líderes y defensores de derechos humanos, ya que en su periodo de gobierno 957 de estos fueron asesinados y 555 secuestrados. En simultáneo, 261 firmantes del acuerdo de paz fueron asesinados, se presentaron 545 eventos de desplazamiento forzado y 313 masacres que dejaron 1192 víctimas. Desde una mirada territorial, se reconoció al Valle del Cauca como el cuarto departamento más afectado, ya que, entre el 7 de agosto de 2018 a 2022 se presentaron 117 hechos de violencia, dentro de los que se presentaron asesinatos de lideres/as. Por su parte, Santiago de Cali ocupó el quinto puesto de las ciudades más violentas con 29 hechos de este tipo, siendo también la tercera ciudad con más firmantes de paz asesinados y la séptima dentro de las diez ciudades con mayores cifras de asesinato de lideres/as (INDEPAZ, 2022).

Dentro de las acciones estatales que afectaron profundamente a los jóvenes fue la denominación de vandalismo o terrorismo urbano de baja intensidad a diferentes acciones en el marco del paro Nacional, lo que ubicó en el ojo del huracán a muchos de los manifestantes, entre ellos las personas jóvenes, algunos menores de edad. Lo anterior llevo a que en Colombia el 74% de las personas entre 18 y 25 años tuvieran una imagen desfavorable del entonces presidente de la República (El País, 2021).

Lo anterior, también tuvo implicaciones en las juventudes en condición de migrante, sobre este tema es importante reconocer que si bien, la migración desde Venezuela a Colombia había existido antes del gobierno Duque, ésta tuvo mayores dificultades en las ciudades fronterizas como producto de la crisis económica generada por el régimen político instaurado en este país, que fueron aumentando para 2010, pero que se intensificó entre 2018 y 2019 producto de la inflación acumulada de Venezuela que alcanzó para ese momento un 7374.4%, llevó a Colombia a ser el país de sur américa con más nacionales venezolanos (Mutis Olga M et al, 2021). Las tensiones entre los países se intensificaron por la postura de Duque sobre el régimen político de Venezuela, pero por lo menos desde las narrativas se identificaron con más frecuencia elementos sobre migración ya que también era parte de los modos de vida de las juventudes que habitaban el país, algunas de ellas de tránsito por el territorio nacional para llegar a otros países y otros que si se radicaron en Colombia.

Agenda en salud para las juventudes en el gobierno Duque

Durante el gobierno Duque se habló de juventudes con mayor frecuencia que en administraciones previas; sin embargo, esta visibilidad discursiva no se tradujo en una agenda integral para las personas entre 18 y 28 años. En la práctica, como se mencionó anteriormente, las acciones se focalizaron principalmente en la población adolescente, perpetuando un abordaje marginal de las juventudes mayores de 18 años.

Desde la economía naranja el gobierno Duque pretendió contrarrestar el desempleo juvenil, el cual alcanzaba un 16.6%, una cifra que casi duplicó el dato nacional (DNP,2019, p.409). A ello se sumaba que el 21,2% de la población Joven estaba sin empleo y sin estudio y que la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en personas en edad escolar fue del 11% (DNP,2019, p.379). Estos datos reflejaban condiciones estructurales que afectaron de manera directa los modos de vida y la salud de las juventudes. En el marco del Pacto por la Equidad, el gobierno definió la línea "Salud para todos", destacando la agenda de salud mental como prioritaria, en la que se incluyeron estrategias de estilos de vida saludable, descanso y sueño, realizando simultáneamente procesos de capacitación en salud mental para los profesionales que atendían la niñez[57] (DNP,2019, p.274).

Durante este periodo se mantuvo en la agenda de lucha contra la explotación sexual y comercial de niñas, niños y adolescentes, reconociendo que este tipo de violencias fracturan profundamente la experiencia juvenil, afectando la salud física y mental -incluidos embarazos producto de violaciones y enfermedades de transmisión sexual- y, en los casos más graves la muerte de jóvenes en el país.

La narrativa del gobierno Duque vinculó a la familia como eje central en la agenda de juventudes y desde esta perspectiva se estableció una caracterización de los hogares con respecto a la generación que los conformaba, así: cohabitación de generaciones: niños (menores de 15 años), generación intermedia (15-59 años) y adultos mayores (60 años y más), sin embargo, nuevamente estos cortes de edad omitieron los cursos de vida establecidos en las políticas de salud y en la misma política de juventud, con lo cual

[57] El gobierno Duque fue muy claro en declarar que: "dentro de la categoría de niñez se incluyó a los adolescentes"

no fue posible reconocer aquellos hogares que tuvieran jefatura de personas entre 14 y 28 años, en cambio, estas fueron incluidas en el grupo generación intermedia que correspondía a hogares con personas entre 15-59 años. Lo anterior, fue una contradicción anticipada del mismo Duque, ya que en su PND indicó: “el ciclo de vida de los hogares es relevante para el diseño de la política social moderna ya que la velocidad del cambio social en gran medida depende de las potencialidades y fortalezas de los hogares familiares para enfrentar dificultades y choques y capitalizar oportunidades durante el ciclo de vida de sus miembros (DNP,2019). Sin embargo realizó una caracterización caprichosa por generaciones que ni van con el ciclo vital -perspectiva previa al plan decenal de salud-, ni tampoco, con el enfoque de curso de vida, vigente en su periodo de gobierno.

La familia como actor de engranaje en la agenda de juventudes del gobierno Duque

Si bien, el interés por la familia en un país desigual como Colombia es importante, se reconoce también que los hogares colombianos han venido cambiando y fragmentándose hace un buen tiempo, sobre todo los hogares pobres, no fue clara esta situación en contraste con la postura del gobierno Duque, que no definió una agenda para las juventudes por fuera de la institución familiar, por ejemplo, hogares unipersonales en las que los jóvenes están solos y por ende, por fuera del modelo tradicional de familia, o incluso, aquellos que están en alta permanencia en calle o en situación de vida en Calle., Sobre estos últimos es importante definir que con respecto a la Alta permanencia en calle: "El término se refiere a niños, niñas y adolescentes que permanecen en las calles durante gran parte del día, pero que en la noche regresan a alguna forma de familia y de hogar*. (ICBF. s,f)";* mientras que, *Situación de Vida en Calle* hace referencia a “los NNA que habitan *permanentemente* en la calle, sin ninguna red familiar de apoyo (ICBF. s,f)”.

Así, se omitieron otras realidades, con acciones orientadas desde narrativas de rol de la familia como garante de la protección de los adolescentes del país, en función priorizar las familias con menores de edad en el hogar y considerando la evolución y experiencias identificadas en el SRPA, desde las que reiteró la importancia de la familia como factor en la tasa de reincidencia de infracción de la ley por los jóvenes. Lo anterior, genera cuestionamientos sobre los mecanismos con los que el gobierno Duque consideró o dejó

de lado a aquellos jóvenes que sin estar en situación de calle viven solos o se articularon con otros sujetos sociales, que no reconocen como familia (ejemplo, la convivencia con pares).

Tras las manifestaciones y los reclamos de las juventudes, el gobierno Duque estableció el CONPES 4040 Pacto Colombia con las Juventudes, una estrategia para Fortalecer el Desarrollo Integral de la Juventud en 2021 y posteriormente al cierre del gobierno se consolidó la política de Estado "Sacúdete" Ley 2231 de 2022. Esta política propuso el desarrollo de la juventud y la continuidad del curso de vida de los jóvenes orientada a establecer los criterios para fomentar y gestionar una atención integral para la juventud en Colombia, enmarcada en tres momentos: inspírate, enfócate y transfórmate (Ley 2231, 2022). Esta ley propuso algo más apropiado con respecto al tránsito entre cursos de vida, pues vinculó personas desde los 13 años hasta el curso de vida juventud como se indicó a continuación:

> El ICBF promoverá el tránsito armónico de niñas y niños de hasta 13 años a programas para la juventud, a partir del acompañamiento y articulación con programas que aporten al cierre de brechas sociales y que fortalezcan las habilidades para el siglo XX (Ley 2231 de 2022, p.1)

Sin embargo, la Ley contempló de forma muy general las fuentes de financiación, situación que ha sido reiterativa en la agenda de jóvenes, y por la que el movimiento juvenil cuestionó los avances y el mismo proceso de ejecución de la política como se muestra a continuación:

> Para el desarrollo e implementación de esta política pública, se podrán destinar recursos de las entidades públicas del orden nacional y territorial en el marco de su autonomía, de organismos multilaterales, de convenios de cooperación internacional y de convenios con organizaciones privadas. (Ley 2231 de 2022, p.5)

Dentro de los resultados tempranos del gobierno se reportó la creación de 140 Nodos Sacúdete y la participación de 5961 jóvenes en el programa Estado joven a nivel

nacional, pero nuevamente, sobre la experiencia de las juventudes en estos procesos, con respecto a la pertinencia, la sostenibilidad y la experiencia vivida no se identificaron narrativas desde la experiencia juvenil.

En materia de salud pública, se planteó la implementación de servicios de salud con enfoque diferencial y respeto por la diferencia desde tres estrategias: Salud pública para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos, salud sexual y reproductiva, humanización del talento humano en salud. No obstante, esta apuesta no definió mecanismos claros para evidenciar la transición armónica entre infancia, adolescencia y juventud.

Diversidad de género en la agenda de juventudes del Gobierno Duque

No se identificó continuidad de las narrativas de diversidad, los datos de la situación de los jóvenes se enmarcaron en la dicotomía tradicional masculino y femenino. Sin embargo, el mismo gobierno Duque reconoció la invisibilización que históricamente ha tenido la comunidad LGTBI+Q, abordándola conceptualmente desde la propuesta de matriz de desigualdades, integrando aspectos como la condición de discapacidad y la ruralidad. De igual forma, persistió una debilidad en la caracterización de esta comunidad y los datos disponibles para el planteamiento de su agenda eran datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015. Frente a esta limitación, se propusieron tres estrategias para avanzar en el reconocimiento de poblaciones vulnerables para reconocimiento de sus realidades: la realización de estudios especializados, el fortalecimiento de los registros administrativos y el desarrollo de ejercicios y análisis estadísticos, cuyos resultados no se consolidaron de manera efectiva en el periodo analizado.

Duque propuso tres líneas de acción para menores de 18 años a saber: primero las niñas y los niños, orientada a una atención integral amplia desde la primera infancia hasta la adolescencia. Segunda, focalización y consolidación de los proyectos de vida y finalmente la prevención y erradicación del trabajo infantil y sus peores formas. Persistió la omisión sistemática de las juventudes mayores de edad, en contravía con la Ley Estatutaria de Juventud. Esta fragmentación se tradujo en una omisión sostenida de

acciones integrales para personas entre 18 y 28 años, lo que constituye una agenda juvenil fragmentada y desarticulada. Esta situación persiste a la fecha de esta investigación[58].

Hitos gobierno Duque 2018-2022

Como primer hito se reconoce que fue en este gobierno en el que se concretó la primera elección de los consejos de juventud (2021)[59].

Se destaca el cambio de la categoría accidente de tránsito que sugería daño involuntario a "Siniestro vial" lo que permite vincular causas, consecuencias y asignar una responsabilidad sobre el evento. Este tipo de siniestros representó el 25 % de las muertes por causas externas -la primera causa de mortalidad de las mujeres- y, con una tasa 4,7 veces mayor para los hombres. Aunque no se discriminó la cifra para personas entre 14 y 28 años[60], se afirmó que: "entre los hombres, las muertes evitables fueron defunciones por violencia y accidentes de tránsito entre los adultos jóvenes (MinSalud, 2018, p.229).

Finalmente, un tercer hito fue la definición de necesidad de protección al adolescente trabajador, producto de las discusiones en el marco de las Jornadas Regionales y/o Territoriales de sensibilización en los municipios Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), en la que hubo acciones de interés para jóvenes no escolarizados con situaciones de exposición en salud en el entorno laboral.

Tabla 17.Propuesta de análisis de Emery Roe agenda y actores nivel nacional

Análisis	Narrativa	Contranarrativa
Actores	El Estado se presenta como acto rector de articulador de la política de salud para juventudes con liderazgo del Ministerio de salud, con sectores sociales bajo una lógica de intersectorial, corresponsabilidad y garantía de derechos	La rectoría nacional se ejerce de manera jerárquica y tecnocrática priorizando actores institucionales centrales y relegando las juventudes a un rol pasivo como receptora de servicios más que como actores con capacidad de agencia sobre la agenda en salud

[58] Se reconoce que el país estableció las RÍAS y las MIAS para identificar acciones en el sistema de salud, pero se propone la necesidad de plantear rutas integrales de atención en aspectos por fuera de los desenlaces de salud
[59] Logro que se le atribuye al movimiento juvenil, posterior a las protestas entre el 21 de nov de 2019 a 21 de febrero de 2020
[60] Para este año informe de análisis de situación de Salud, ASIS 2018, reporte para juventudes fue para personas entre 14 a 26 años, dos años menos que lo que refiere la norma 14 a 28 años

Análisis	Narrativa	Contranarrativa
	La participación juvenil se reconoció como principio transversal que la política pública especialmente a partir de la ley estatutaria de juventud y los consejos municipales y nacionales de juventud	la participación de las juventudes se identificó tardíamente y está parcialmente desconectada en la agenda de salud está más en otros espacios sociales lo anterior límite a su incidencia en la definición de prioridades sanitarias reproduciendo la brecha de representación formal y sin voces que den cuenta de la experiencia juvenil en las situaciones de sus modos de vida
Agenda	La agenda nacional de salud para juventudes se construyó desde un enfoque integral priorizando temáticas como salud sexual y reproductiva consumo de sustancias psicoactivas convivencia prevención de violencia y salud mental	La agenda se organiza alrededor de problemáticas asociadas a la adolescencia a la minoría de edad reproduciendo una visión de riesgo en los jóvenes centrada en un cuidado especial por ser población vulnerable para irresponsabilidad del estado pero deja de lado a otros desenlaces de salud relevantes para población entre 18 y 28 años
	La priorización de temáticas sanitarias responde a una videncia y la epidemiología centrada en la capacidad de respuesta del sistema de salud a unos datos que tradicionalmente se han obtenido para dar cuenta de la salud de las juventudes y es limitada	la selección de temáticas de la agenda refleja una incapacidad histórica del sistema en intervenir en las necesidades cotidianas de las juventudes se identificó la gente repetitiva fragmentada y que desconoce los modos de vida de las juventudes a nivel nacional

Fuente. Elaboración propia

Agenda y actores en el nivel Departamental 2012-2022

A continuación se presentan los resultados correspondientes al nivel departamental obtenidos durante la investigación.

Agenda y actores en el gobierno de Ubeimar Delgado 2012-2015

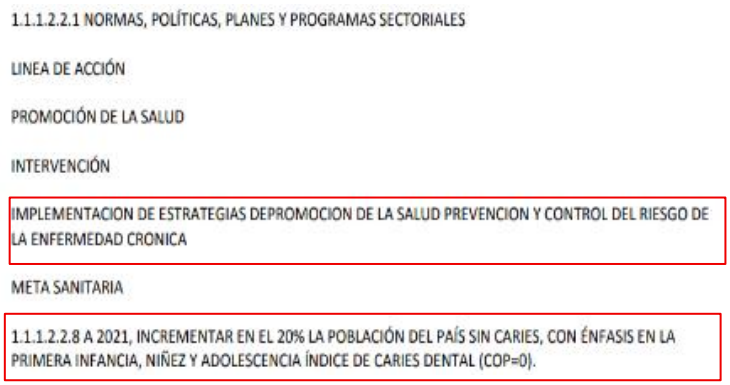
Tal como se mencionó previamente, durante el gobierno de Ubeimar la adolescencia se agrupó junto con primera infancia y a la familia, mientras que la juventud se definió como segundo grupo diferenciado. De manera paralela, otras condiciones se clasificaron en un subgrupo denominado población de interés, dentro de las cuales se agruparon situaciones como: la condición de discapacidad, ser víctima de conflicto armado y lo relacionado a la equidad, género y diversidad sexual (Ver imagen 7, p.83). Esta agrupación no fue menor, pues determina también aspectos de las acciones estatales sobre los grupos reconocidos como vulnerables y sobre los que se dirigen la agenda en el marco de las políticas de salud.

Al igual que el nivel nacional, el nivel departamental presentó una agenda de juventud fragmentada. En particular, la separación entre adolescencia y juventud determinó agendas diferenciadas que condicionaron los programas dirigidos a la población joven del departamento. Lo primero, es resaltar que la primera mención sobre jóvenes el disponible en el Plan de Desarrollo Departamental (PDD) se articuló a una narrativa de "seguridad" más específicamente relacionada con necesidades de abordaje de los conflictos entre pares. Este marco, se propuso impulsar procesos de formación e interacción juvenil orientados a fortalecer la identidad cultural y la resolución pacífica de conflictos como estrategias de prevención de la violencia, bajo la premisa de transformar la identidad juvenil (PDD, Ubeimar D, p.5). Esta aproximación sugirió una asociación implícita entre juventud y violencia, que terminó por orientar la agenda pública, problematizando la juventud lo que dejó de lado su rol como titular de derecho.

Ubeimar organizó la agenda en salud para adolescentes desde una dimensión transversal: "gestión diferencial de poblaciones vulnerables" y dentro del componente de desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes. No obstante, cómo ocurrió en el nivel nacional, la agenda de salud detallada en el Plan Territorial de Salud (PTS) 2012-

2015, combinó las metas en salud de los adolescentes con otros cursos de vida, particularmente primera infancia y niñez como se muestra a continuación:

Imagen 24.ejemplos de Solapamiento de cursos de vida en acciones en enfermedades crónicas



Fuente: Tomado de PTS 2012-2015 (2014, p.15).

Desde la línea de promoción de la salud el PTS proyectó estrategias para la prevención y el control de riesgos asociados a enfermedades crónicas. Sin embargo, la formulación de metas sanitarias expresadas en porcentajes y dirigidas simultáneamente a tres grupos poblaciones impidió identificar con claridad las acciones destinadas específicamente para juventudes -incluidos adolescentes-. Esta situación resulta problemática, en tanto se reconoce que las actitudes, preferencias y desafíos de las juventudes difieren sustancialmente de aquellas requeridas para primera infancia, como por ejemplo, con respecto a la caries como enfermedad crónica y que es más prevalente en la población infantil (National institute of dental and craniofacial research, 2018)

En relación con la salud bucal, si bien esta ha sido reconocida como una de las enfermedades más prevalentes en Colombia (MinSalud, 2018, p.10) y se ha señalado su asociación con factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT) (OPS, 2006 en Resolución 202 de 2021), a nivel departamental continuó priorizando acciones dirigidas a menores de edad y aunque formalmente se declararon acciones de prevención poblacional, estas no se evidenciaron en una agenda de salud bucal para juventudes mayores de 18 años.

Ahora bien, la agenda sanitaria durante este periodo se limitó debido a las circunstancias que atravesó el Hospital Universitario del Valle, que fue calificado en una de sus

auditorías como un hospital con gestión financiera deficiente (Contraloría del Valle del Cauca, 2014, p.60). Estas problemáticas estuvieron relacionadas con el cambio de gobernador y una baja capacidad de ejecución financiera y de transparencia en este periodo. En consecuencia, las auditorías de control interno de la Gobernación del Valle del Cauca identificaron que las quejas y reclamos[61] más frecuentes de la ciudadanía se relacionaron con la mala atención en hospitales y EPS, afectando transversalmente la implementación de la agenda de salud (Gobernación del Valle, 2014, p.30).

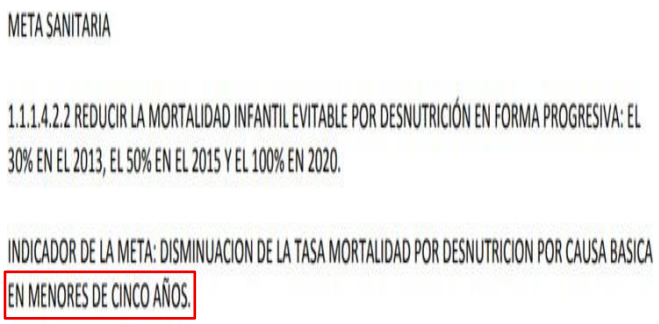
Salud alimentaria y nutricional en el periodo Ubeimar Delgado (2012-2015)

En tema de seguridad alimentaria y nutricional (SAN), el gobierno departamental enfocó sus acciones de asistencia alimentaria en una narrativa de niñez (en la que se incluyó primera infancia y adolescencia). En este marco, se estableció que la agenda de salud alimentaria para juventudes se limitara únicamente en aquellas personas con malnutrición por déficit a los cuales se les asignó indicadores de monitoreo, mientras que discursivamente, se referenció un interés por disminuir el exceso de peso. Ahora bien, esta priorización puede entenderse como una estrategia para focalizar acciones en población vulnerable dada la limitación de recursos económicos, sin embargo su efectividad dependía de la disponibilidad de datos de la situación nutricional de las juventudes vallecaucanas, de modo que con el monitoreo se identificaran aquellos jóvenes que presentaran malnutrición por déficit o exceso para que se procediera a la atención a sus necesidades. Esta información no se tenía en el departamento para el periodo evaluado.

En el mismo sentido, la agenda presentó limitaciones con respecto al grupo etario abordado, ya que las acciones de Salud alimentaria y nutricional solo estuvieron monitoreadas en indicadores para primera infancia (0 a 4 años 11 meses), incluso, aunque se declaró que dichas acciones cubrían población de primera infancia (personas entre 5 a 13 años 11 meses), como se muestra en las imágenes 25 y 26:

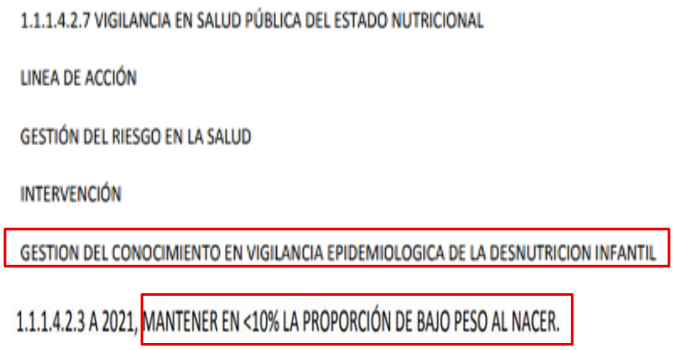
[61] Ocupó el puesto 4 de áreas con más quejas y reclamos en el departamento del Valle del Cauca

Imagen 25. Ejemplo 1 de acciones en Salud Nutricional PTS 2012-2015



Fuente: Tomado de (Secretaría Departamental de Salud, 2012, 2014, p.18)

Imagen 26. Ejemplo 2 de acciones en Salud Nutricional PTS 2012-2015



Fuente: Tomado de (Secretaría Departamental de Salud, 2012, p.19)

En esta misma línea, como acciones de SAN, Ubeimar propuso aplicar la estrategia de huertas para autoconsumo y desde una perspectiva de sostenibilidad, que incluyó la promoción de consumo de alimentos saludables; sin embargo, dichas iniciativas no se discriminaron en la agenda, tampoco las estrategias, ni las actividades dirigidas a juventudes, aun cuando en la hoja de ruta departamental se habían reconocido los compromisos territoriales articulados a la agenda internacional de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), en la que se promovía explícitamente la inclusión de las juventudes para las acciones en salud alimentaria.

Adicionalmente, en este periodo de gobierno no fue posible identificar algún programa o estrategia que diera cuenta sobre los mecanismos dispuestos por el gobierno departamental para monitorear el estado nutricional de los adolescentes y jóvenes, de igual forma, tampoco se describieron los recursos del PTS asignados en las acciones

dirigidas a juventudes. Por otro lado, aunque el departamento contaba con un PTS 2012-2015, este solo se concretó operativamente a partir del 2014 (Secretaría Departamental de Salud, 2012, p.13), lo que se reconoce como una *atemporalidad interna de la política* de salud territorial.

En cuanto a la inversión sectorial, este gobierno destinó los mayores porcentajes del presupuesto departamental a educación (44%) y salud (33%) (Gobernación del Valle, 2014, p.20). Dado que muchas acciones de la agenda de salud se desarrollan en el entorno escolar, podría inferirse una *incidencia indirecta en juventudes*; sin embargo, los documentos departamentales no desagregaban información por curso de vida, lo que impidió corroborar esta relación con precisión.

Se debe reconocer que concretamente desde el PTS, el Valle del Cauca proyectó finalizar el trienio con una mejora integral de la situación de salud, fortaleciendo las capacidades sociales e institucionales y la movilización social e intersectorial de todos los agentes de cambio en el sector salud (Secretaría Departamental de Salud, 2012, p.5). La anterior constituyó una narrativa institucional y documental, pues no se evidenciaron acciones de promoción y participación de las juventudes departamentales en las decisiones de salud.

Con respecto a la Salud ambiental, se identificó que hubo una gestión pública de lo ambiental pero también una gestión de las poblaciones vulnerables de forma transversal -lo que nuevamente- diluyó las acciones dirigidas a las juventudes-, siendo priorizada principalmente una agenda declarada *para adolescentes*, pero con acciones mayoritariamente dirigidas a población de *primera infancia*.

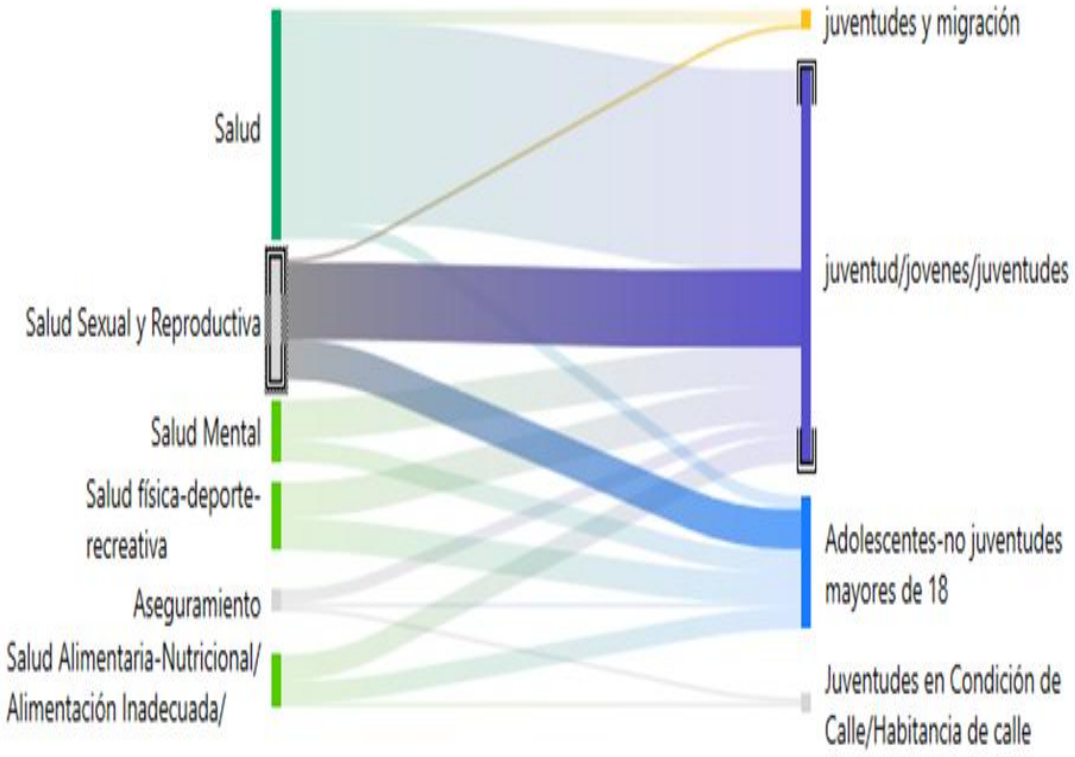
En relación con la inversión departamental en salud, cerca de la mitad del presupuesto se asignó a la prestación de servicios de salud 46.8%, seguido del aseguramiento en salud y en tercer lugar las acciones de salud pública 13.26%. Lo anterior, en contraste con las acciones de promoción social que tuvieron una asignación marginal 0.25%, al igual que los riesgos profesionales con 0.15% y la atención de emergencias y desastres con 0.06%. Si bien, la evaluación del plan señaló que las acciones implementadas mayoritariamente fueron de APS, no se encontró información sobre programas concretos,

ni sobre su implementación diferenciada por curso de vida (Secretaría Departamental de Salud, 2012,

Finalmente, si bien, en la evaluación del PTS de Ubeimar se indica que mayoritariamente las acciones dirigidas fueron de Atención Primaria en Salud, el informe no desagregó aspectos de programas concretos, ni tampoco acciones por curso de vida que lo sustenten.

Así, en el nivel departamental, se identificó una *agenda para salud de las juventudes desde el enfoque tradicional,* en el que se priorizaron las acciones de Salud Sexual y Reproductiva. Esta orientación se sintetiza en los diagramas de Sankey 01, los cuales permiten visualizar la agenda en el periodo de Ubeimar Delgado:

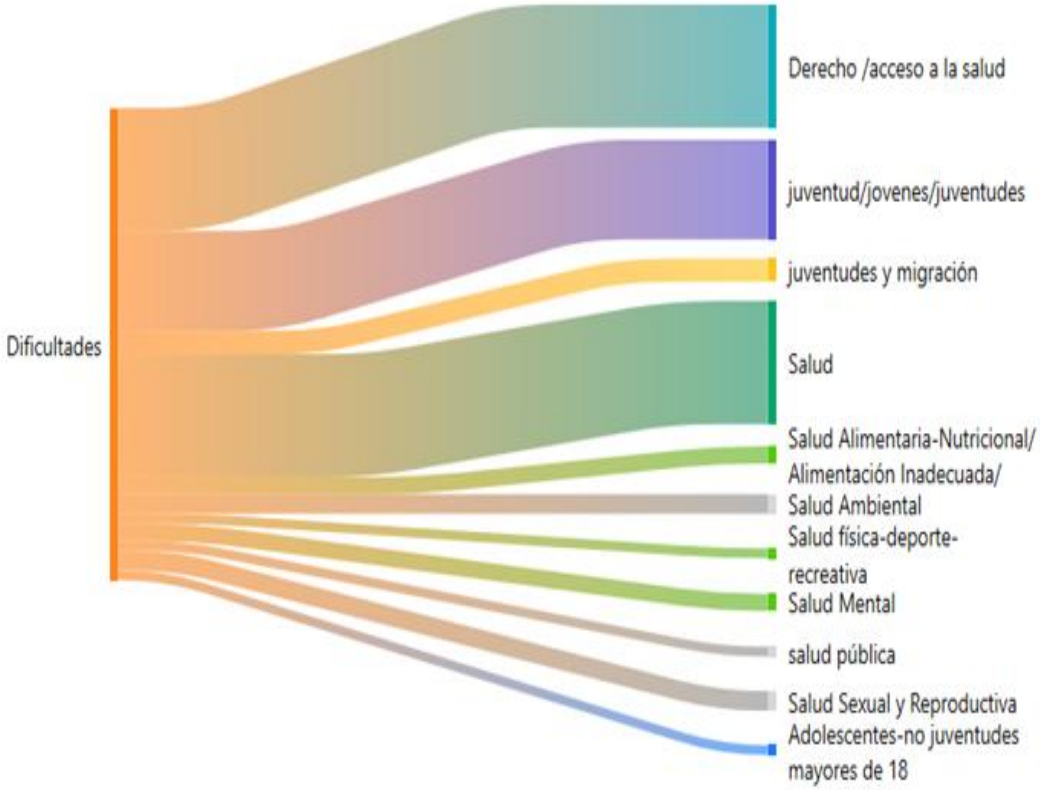
Diagrama de Sankey [62] 1.Agenda en Salud en el Gobierno de Ubeimar Delgado 2012-2015



Fuente: Elaboración propia con base en PDD Ubeimar Delgado en Atlas.ti

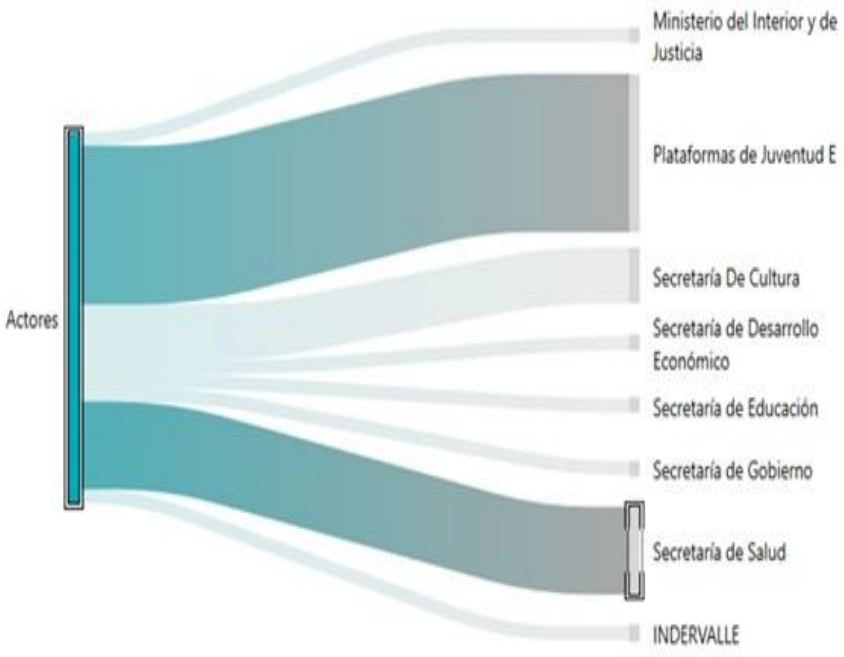
[62] Ver Anexo 04 p.4 Diagrama Sankey 11,12 y 13

Diagrama de Sankey 2.Dificultades en la Agenda en Salud en el Gobierno de Ubeimar Delgado 2012-2015



Fuente: Elaboración propia con base en PDD Delgado. Atlas.ti

Diagrama de Sankey 3. Actores en la Agenda de Juventudes en el Gobierno de Ubeimar Delgado 2012-2015



Fuente: Elaboración propia con base en PDD Ubeimar Delgado en Atlas.ti

La agenda de juventud en el Gobierno de Dilian Francisca Toro (2016-2019)

La política Pública de juventud del Valle del Cauca, disponible desde 2009, debía ser actualizada después de siete (7) años de su puesta en marcha y aunque no fue declarada explícitamente en el Plan de Desarrollo Departamental (PDD) del gobierno de Dilian Francisca Toro, en este se identificó la línea de acción denominada *Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud*, desde la cual el departamento se articuló con la agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 1,15 y 10.

Dentro de esta misma línea se reconoció el subprograma Atenciones integrales y diferenciales, orientado a la asistencia técnica y el acompañamiento de los entes territoriales y municipios, con respecto a la política pública para fortalecer la participación y el enfoque diferencial para niñez, infancia y adolescencia, proceso en el que no se incluyó la participación de las personas entre 18 y 28 años-(Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p. 65).

Las juventudes mayores de 18 años tuvieron más reconocimiento en el marco de la política de participación, particularmente a través de la conformación del Consejo Departamental de Participación creado por el Decreto D10-24-1574 de 2016 modificado por el Decreto 1-3-0816 del 3 de julio de 2018. En este espacio, de las 27 representaciones establecidas, dos correspondieron a juventudes: un representante de la Plataforma Departamental de Juventud y un representante del Consejo Participativo de niños, niñas y adolescentes (Gobernación de Valle del Cauca, Decreto 010-24-1574, nov de 2016).

La agenda de juventudes incluyó el programa *el Valle que los jóvenes queremos*, cuyo objetivo fue armonizar la Política Pública Departamental de Juventud (Ordenanza 286 de 2009) con lo dispuesto en la ley 1622 de 2013, Política Nacional de Juventud. Este propósito se operativizó mediante el subprograma *Jóvenes Integrados en procesos de desarrollo económico*, el cual proyectó la planificación de los proyectos de vida

articulados a la generación de ingresos económicos y al de iniciativas productivas. Sin embargo, al igual que en otros programas, este subprograma careció de línea base, lo que sugiere que las acciones se establecieron sin datos previos de los itinerarios, intereses, en general desde un desconociendo los modos de vida de las juventudes.

Otros subprogramas relevantes fueron *Jóvenes como actores de desarrollo social y político*, orientado a la promoción de la participación; el subprograma *Escenarios de diálogo y encuentro Social*, con el que se reactivaron los Consejos de Juventudes municipales y departamentales y finalmente el subprograma *Identidades culturales juveniles,* que dio origen al Centro Mediux, un laboratorio social y creativo del departamento para impulsar emprendimientos sociales y creativos de las juventudes.

Entre 2016 y 2019, se realizaron más de 40 talleres de formación, se fortalecieron más de 20 emprendimientos sociales y se suscribieron más de 15 convenios para prácticas profesionales. En estos procesos participaron más de 300 personas, de las cuales el 54% fueron niños, niñas y adolescentes; 30% población con discapacidad; 28% población LGBTIQ. No obstante, las cifras no refirieron datos concretos de las juventudes. Este proceso fue liderado por la institución Conectados Social, encargada de administrar el proyecto MEDIUX LAB hasta el 31 de diciembre de 2019. (Conectados, 2019).

Los modos de vida de las juventudes en el gobierno departamental 2016-2019

Desde la perspectiva del PDSP 2012-2021, el enfoque étnico constituyó un hito relevante para el reconocimiento y la garantía de los derechos de las comunidades con autorreconocimiento étnico. En el nivel departamental, la Secretaría de Asuntos Étnicos reconoció que el PDSP contempló acciones en salud, educación, vivienda y otras áreas, un abordaje integral y mejoramiento de la calidad de vida en población afrodescendiente.

Desde el PDD se desarrollaron dos módulos étnicos, uno afro y otro indígena y si bien, se identificaron proyectos para población entre 14 y 28 años, nuevamente fue población escolarizada. Esta focalización puede interpretarse como una oportunidad, ya que al estar escolarizado las juventudes acceden a las estrategias departamentales relacionadas con la salud, pero también puede interpretarse como una estrategia

excluyente para aquellas juventudes vallecaucanas que, debido a múltiples desigualdades, están por fuera del sistema educativo y que usualmente son aquellas con mayor vulnerabilidad, es decir, jóvenes rurales o en condición de calle, víctima del conflicto armado (desplazamiento) o las juventudes en condición de migración.

Dentro de las estrategias orientadas a los modos de vida de las juventudes con autorreconocimiento étnico, y reconociendo la limitación de una agenda centrada en el entorno escolar, se identificaron acciones como la formación de jóvenes afro e indígenas en el fortalecimiento de competencias académicas evaluadas en Saber 11 (PI02-100025); la asistencia técnica para el aumento del acceso a la educación superior de los jóvenes de las comunidades étnicas (PI02-100030); la formación de jóvenes afro como líderes de paz con enfoque de deporte, cultura emprendimiento e innovación social (PI02-100061). Estas iniciativas buscaron mejorar las oportunidades y el proyecto de vida de las juventudes, aunque estos continuaron diseñándose sin líneas de base.

Tras una serie de acciones orientadas principalmente a adolescentes, se identificó una meta específica para capacitar a 2400 jóvenes afro entre 18 y 28 años como líderes de paz con enfoque en deporte, cultura, emprendimiento e innovación social. Asimismo, se reconoció el subprograma *Componente de Juventud 1050507,* dirigido a población indígena con el propósito de consolidar el liderazgo organizativo juvenil e incentivar la participación, el proceso organizativo indígena, el deporte y la recuperación de los juegos tradicionales en los jóvenes indígenas del Valle del Cauca. Cómo en otros niveles de gobierno no se identificaron acciones para población Rrom.

De este modo, la agenda para juventudes indígenas se sustentó sin líneas de base, es decir, desde un desconocimiento institucional sobre las situaciones específicas, los modos de vida y los itinerarios de las juventudes indígenas (Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p. 117). Si bien, la participación fue un eje reiterado, la ausencia de información previa limitó la profundidad de los programas orientados a la generación de ingresos y el fortalecimiento organizativo deportivo, ya que no se sustentaron en las necesidades, intereses e itinerarios de los jóvenes indígenas del departamento.

Juventudes en el SRPA, diversidad y conflicto armado

En relación con la agenda de las juventudes vinculadas al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA) y a programas de restablecimiento de *derechos, se identificaron metas muy básicas, específicamente con el subprograma Prevención, asistencia y restablecimiento integral de derechos* que contempló la construcción del Centro Transitorio de Atención (CETRA)[63], sin línea de base para 2015 y proponiendo la edificación de un único centro durante el periodo de gobierno.

Esta agenda se caracterizó por un desarrollo abstracto, debido al desconocimiento de los modos de vida de las juventudes del SRPA o en Restablecimiento de Derechos, situación que sumada a las limitaciones de infraestructura, pudo afectar la atención de necesidades básicas y de salud propia de la experiencia juvenil en estos contextos. Cabe señalar que, entre 2007 y 2017, el Valle del Cauca ocupó el tercer lugar a nivel nacional en ingreso de jóvenes al SRPA (11%), lo que da relevancia de este fenómeno en el departamento.

Con respecto a las opiniones de las juventudes sobre los procesos sociales desarrollados en los centros, se referencian con más frecuencia aquellos relacionados con la salud mental y la salud física, las narrativas evaluadas por el ICBF en 2018 refirieron el reconocimiento del compromiso de los profesionales y los procesos desarrollados. De igual forma existen contranarrativas de rencor hacia psicólogos y trabajadores sociales del equipo que la mayoría del tiempo no estaban disponibles para ellos, en contraste con la afinidad de los jóvenes con los educadores [64] las actividades culturales, o de arte.

Adicionalmente, el informe refirió que los jóvenes cuestionaban la competencia de los perfiles profesionales en función del enfoque restaurativo requerido, bajas competencias humanísticas y ausencia de un enfoque de juventud en el contexto de privación de libertad, independientemente de las capaciones disponibles pues se presentaba una alta rotación de personal (ICBF, 2018, p.107), que afectaba sus procesos, siendo más críticos

[63] servicio de atención donde permanecen adolescentes o jóvenes luego de la aprehensión en flagrancia, o de la materialización de la orden de captura emitida por un juez, mientras que la Fiscalía delegada para el SRPA en la jurisdicción, define la presentación de la persona adolescente

[64] Un profesional que se encarga de apoyar los procesos internos de las secciones en las que habitan los jóvenes, estos comparten de alguna forma la privación de libertad, ya que están principalmente controlando la entrada y salida de los jóvenes (abriendo puertas, retirando candados o mecanismos de seguridad) para las diferentes atenciones que los jóvenes requieren.

en perfiles de profesionales en deporte, cultura, recreación y arte que era limitado. Finalmente, los jóvenes indicaron una percepción de exceso de tiempo libre, actividades de orientación repetitivas o insuficientes.

Por otro lado, la agenda de diversidad fue generalizada y no se desagregaron las acciones o datos para población entre 14 y 28 años, sin embargo, el enfoque se realizó considerando los diferentes tipos de violencia con el programa *vida digna a la comunidad LGBTI, libre de violencia y discriminación*. Además, se centró en campañas para:

> erradicar la homofobia, la promoción de acciones afirmativas diferenciadas para cada grupo dentro de la comunidad LGTBI, atendiendo su particularidad, en su atención cuando sean víctimas de violencia, el acompañamiento psicosocial para los casos de matoneo en planteles educativos a adolescentes y jóvenes por su orientación sexual y promoción y cualificación de la participación de los LGBT (Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p. 103).

Respecto a las juventudes víctimas del conflicto armado, aunque se caracterizaron riesgos y dinámicas territoriales, no se dispuso de información desagregada por curso de vida. Además, el Valle del Cauca se categorizó como un departamento con un nivel de riesgo medio, pero con un 2% de sus municipios con riesgo alto. Lo anterior, en el marco de la medición del Índice de Riesgo de Victimización generado por actores armados ilegales en el marco de la confrontación armada (Unidad Para las Víctimas, 2018, p.15).

Como antecedente, Dilian Toro recibió la caracterización de la situación de desplazamiento forzado del departamento, realizada durante el gobierno de Ubeimar, en la que se declaró que el Valle del Cauca recibía mayor número de desplazados de los que expulsaba. Así, entre 2000 y 2013 el departamento expulsó a 274.845 mientras que recibió 353.259 personas (Gobernación del Valle del Cauca, 2014, p.9). Desde el gobierno de Dilian Toro se continuó esta misma línea, refiriendo que los departamentos expulsores de población desplazada eran Nariño y Cauca[65]. Con respecto a las ciudades del departamento más comprometidas con este flagelo, estuvieron Buenaventura

[65] posiblemente relacionado con los corredores de narcotráfico y la minería ilegal dentro de los territorios.

(57.5%), Cali (4.7%), Tuluá (5.8%) y Jamundí (2.8%), (Gobernación del Valle del Cauca, 2014, p.10), no se detalló el perfil de la población en función de los cursos de vida y por ende no se tiene datos de juventudes.

En este contexto y considerando que el registro único de víctimas -RUV- caracterizó datos desde 1985 hasta 2013 sin desagregar datos por cursos de vida, el enfoque de acciones en población víctima se desarrolló de forma general con el subprograma *3040202 Reparación Integral a víctimas del conflicto armado*, orientado a reparar los lazos vulnerados durante el conflicto armado, entre las víctimas y sus territorios para reconstruir los proyectos de vida con la comunidad (Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p.225). Con respecto a las acciones restaurativas y vinculantes, el programa busco "Beneficiar a mil niños, niñas, adolescentes y jóvenes afectados por el conflicto armado, en procesos artísticos y culturales", es decir, las acciones estaban más enfocadas en la ocupación artística. Como en otros indicadores la meta vinculó infancia, adolescencia y juventud, lo que sugiere una comprensión superficial de unidad tanto de las necesidades como las metodologías de abordaje de los tres grupos poblacionales.

Importante que el PTS dispuso de un inventario de acciones para la agenda del conflicto armado relacionado con procesos de restitución de tierras con acciones mayoritariamente en "Cali, Trujillo, Bolívar, Tuluá, Bugalagrande, Riofrío, Buga, y Sevilla (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.20)".

Salud ambiental en el gobierno departamental (2016-2019)

En la mirada de integralidad de los desenlaces en salud, es más evidente la agenda ambiental del PDD, dando continuidad a las estrategias nacionales referidas en la Política Nacional de Educación Ambiental promulgada en el año 2002 por los Ministerios de Educación Nacional y de Medio Ambiente que facilitaba y orientaba la gestión de la educación ambiental en el país con la estrategia: "Interviniendo los determinantes ambientales de la salud", que se estableció en la Política pública de Educación Ambiental del Valle Ordenanza 445 del 17 de febrero del 2017 y la Ordenanza Modificatoria 446 del 06 de abril del 2017, que desde un enfoque diferencial se propuso intervenir la carga de la enfermedad (Gobernación del Valle, 2017).

En el marco de esta agenda de salud ambiental, se identificaron iniciativas preliminares orientadas al cuidado del recurso hídrico. En relación con la operativización se dio claridad con respecto a que: “la Política Pública Departamental se implementará a través de las estrategias definidas en la presente ordenanza, en el marco de las competencias de las instituciones de cada sector y nivel de gobierno; para lo cual, cada secretaría e institución pública deberá adoptar y ejecutar estas estrategias en los planes de desarrollo, planes plurianuales, indicativos, de acción, entre otros” (CODEPARH, p.12). Asimismo, se conformó el Consejo Departamental de Política Ambiental y de Gestión Integral del Recurso Hídrico (CODEPARH), como instancia de articulación institucional.

Esta política, sancionada en 2017, incorporó el principio “E” de prevención, según el cual, ante el peligro de daño grave a los recursos naturales y a la salud humana, la ausencia de evidencia científica no debía ser utilizada como argumento para aplazar las medidas orientadas a impedir la degradación y la contaminación ambiental. De igual forma, dentro de sus estrategias -en particular la estrategia 2 denominada “Interviniendo los determinantes ambientales de la salud- se propuso intervenir con enfoque diferencial y basado en la carga de la enfermedad los determinantes ambientales de la salud, focalizada en los determinantes sanitarios.

La salud física y el entorno escolar (2016-2019)

Para este periodo se identificó una armonización más clara entre el Plan de Desarrollo departamental, el PTS y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Por ejemplo, el Valle del Cauca focalizó sus acciones en la población escolar con metas a 2021 como:

> aumentar el tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo, con énfasis en la población escolar y en la primera infancia, a través de procesos lúdicos y pedagógicos, entre otros, que fomenten e incentiven el movimiento, el deporte recreativo y la sana competencia. (MinSalud, 2013, p.7)

Si bien, la narrativa nacional producto de la consulta regional a NNA refirió como necesidad sentida la disponibilidad de espacios para hacer deporte y estos se operacionalizaron en el objetivo de “garantizar la creación y conservación de espacios

públicos bien adecuados, seguros, para practicar diferentes deportes (Ministerio de Salud, 2013, p.402),” la apuesta departamental ubicó dicha meta dentro del sistema educativo, lo que llevó a que los beneficiarios principales se encontraran dentro del entorno escolar. Esta tendencia del nivel nacional trascendió al nivel departamental, en dónde nuevamente, se dan por hecho algunos modos de vida de las juventudes, como por ejemplo, que todos los niños, las niñas y los adolescentes del departamento están escolarizados. Esta visión puede ser cuestionada pues deja de lado otras realidades de los jóvenes.

Dentro de los actores identificados en la agenda de salud física en entorno escolar se identificaron Secretaría Departamental de Educación, Recreavalle e Indervalle, siendo esta última la institución con mayor financiamiento.

La agenda de la salud física en el departamento del Valle del Cauca ha sido históricamente robusta y orientada al desarrollo de programas de promoción de la actividad física, la recreación y el deporte. Esta agenda guarda coherencia con la trayectoria del departamento, dado que desde 1950 su delegación ganó los Juegos Nacionales de Santa Marta, lo que condujo a la creación, en 1952, de la primera junta departamental de deportes de Colombia, actualmente Instituto del deporte, la Educación Física y la Recreación del Valle del Cauca -Indervalle- (Varela, 2023).Como se describió previamente Indervalle tuvo la línea operativa de promoción de la salud con la estrategia escuela saludable en 41 municipios del departamento; sin embargo, en el caso de las actividades por fuera del entorno escolar no se identificaron acciones específicas, responsables definidos.

El gobierno de Dilian Francisca Toro presentó una perspectiva importante de la bordaje en salud pues al retomar la Atención Primaria en Salud (APS), estrategia que, para el inicio de este periodo, no registró avances previos, con una línea de base en ceros. Si bien, la perspectiva de *Entornos* promovida en el PDSP desde 2012 así como la Ley 1355 de 2009 constituían un marco normativo orientador para que las entidades territoriales promovieran acciones para cada entorno (escolar, familiar, laboral), fue con el Plan Departamental de Dilia Toro con el que la agenda en salud para juventudes se instaló de manera más clara en el entorno escolar.

En este sentido, el Plan Territorial de Salud (PTS) 2016-2019 incluyó la dimensión “Vida saludable y condiciones no transmisibles” con el proyecto Fortalecimiento del Desarrollo de acciones en Vida Saludable y Condiciones No transmisibles PI-102090. Desde este se definió como meta de resultado MR50108001 mantener menos de 2.000, la tasa ajusta de años de vida potencialmente perdidos por cada 100.000 habitantes por ENT.

Para su cumplimiento se estableció un convenio con Indervalle para ejecutar el 100% del Plan de Estilos de Vida Saludable desde la estrategia Escuela saludable en 41 municipios del departamento. Desde la perspectiva de entornos, se abordó el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el cual, para este periodo, se comprendió de manera articulada con la agenda de salud mental.

Se reconoce que es la primera vez que se identifican acciones para las ENT en espacios con juventudes, en función de conocer que las ENT en juventudes vienen en aumento en los últimos diez años, con lo cual se identifica que la agenda de salud departamental en este periodo de gobierno respondió a parte de los datos del ASIS territorial. No obstante, en contraste con las narrativas del PDD el PTS focalizó las acciones para disminuir la mortalidad prematura por ENT en personas entre 30 y 70 años.

La agenda en salud por fuera de la escolarización (2016-2019)

Por fuera del entorno escolar, el departamento contó con una estrategia de asistencia técnica para la Política de Salud Sexual y Reproductiva orientada a la inclusión del enfoque diferencial, étnico y contextualizada socioculturalmente que se reflejó en los Planes de Estrategia de Respuestas en Salud. (Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p. 24). Este programa se ubicó en el eje social del PDD con el subprograma *Oferta y acceso a bienes y servicios intersectoriales para grupos poblacionales: Primera Infancia, infancia, adolescencia, juventud y familia*, con el que el sector salud concentró la mayor inversión con un presupuesto de $25.617.515.198, tres veces mayor al presupuesto de educación con $8.546.764.648 (Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p. 49). Sin embargo, este programa no discriminó el presupuesto asignado para Juventudes, combinando los recursos con población de primera infancia, infancia y familia.

En relación con el consumo de SPA, las acciones por fuera del entorno escolar se destinaron para población general, es decir, se reconoció que no solo las personas entre 14 y 28 años consumían este tipo de sustancias, lo que fue un hito importante pues situó el consumo de SPA como una condición que no era exclusiva de jóvenes, situándolo como problema de salud pública. Esta mirada contribuyó a una posible desescalada de la estigmatización de las juventudes, especialmente si se contrasta con enfoques de otros gobiernos en los que se asumió que: 1. Todos los consumidores de SPA eran personas entre 14 y 28 años; o 2. El consumo de SPA constituía un rasgo inherente a los modos de vida de las juventudes, condicionando de manera reduccionista aspectos estructurales de esta práctica.

La salud alimentaria y nutricional en el PTS del gobierno de Dilian Francisca Toro

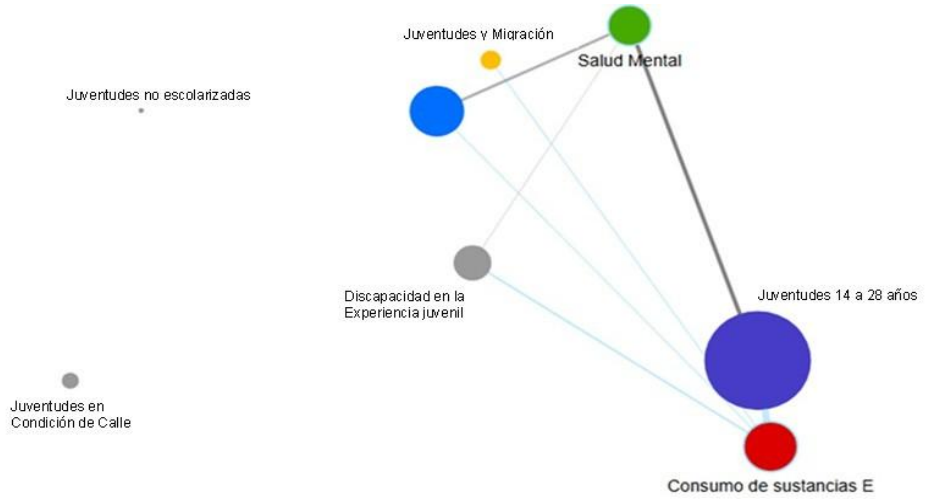
La agenda alimentaria y nutricional constituyó una de las banderas de este gobierno departamental con la que el Valle del Cauca por primera vez instauró un Plan de Soberanía y seguridad alimentaria con una vigencia mayor a 10 años (2018-2032), el cual fue sancionado un año antes de finalizar el periodo de gobierno. No obstante, desde el PDD ya se identificaba una agenda alimentaria, definida a través del subprograma *por un Valle sin Hambre,* al cual le asignaron un presupuesto de $ 8.006.025.536, distribuido mayoritariamente en el sector agrícola (50%), seguido del sector salud (40%) y, en menor proporción en asuntos étnicos (10%).

Se identificó que la hoja de ruta departamental incluyó la salud alimentaria y nutricional como una transferencia de la agenda nacional, en tanto el PDSP, sustentado en la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, incluyó la dimensión SAN, lo que se reconoce en términos de Cobb y Elder, 1972 (en Parson W, 2007, p.158), como agenda institucional, concretándose en el subprograma de prevención del sobrepeso y la malnutrición articulado a las metas de disminución de eventos de salud asociados a las ENT.

El gráfico de fuerza No3 nos indica, que si bien la agenda de Salud mental estuvo presente para las juventudes en Valle del Cauca, ésta, se centró en adolescentes y juventudes urbanas, con menos narrativas de discapacidad en la experiencia juvenil para

estos. Adicionalmente -y como ha sucedido históricamente- dejó de lado otros modos de vida de juventudes en: condición de migración, ruralidad, condición de calle, privación de libertad, así como aquellos jóvenes en condición de víctimas de conflicto armado.

Gráfico de Fuerza 1. Co-ocurrencia Consumo de sustancias y salud mental Toro 2016-2019



Fuente. Elaboración propia con Atlas.ti

Así, la agenda en salud dirigida a juventudes durante el gobierno de Dilian Francisca Toro estuvo dirigida principalmente a los adolescentes escolarizados, ya que las estrategias de promoción de la salud en temas como la alimentación y nutrición, salud sexual y reproductiva, consumo de SPA, entre otros, se realizaron principalmente en el entorno escolar, lo que se presenta como una desventaja social para aquellos jóvenes cuyos itinerarios de vida transcurrían por fuera de la escolarización.

Finalmente, hay que declarar que la agenda de salud en el gobierno de Dilian Francisca Toro ocupó un lugar importante en la asignación de recursos económicos, al constituirse como el segundo más alto, con $267.425.000, después del sector educación, que contó con $345.369.000 (Gobernación del Valle del Cauca, 2016, p. 38). No obstante, esta distribución fue objeto de críticas recurrentes relacionadas con posibles situaciones de malversación de recursos de la salud en procesos de corrupción, lo que se presenta como contranarrativa frente a la priorización presupuestal de la agenda de salud.

Plan Territorial de Salud Valle del Cauca 2016-2019

Como se indicó en el capítulo cuatro, durante este gobierno se evidenció una mayor apropiación de la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud en el nivel departamental. En este sentido, los objetivos del PTS 2016-2019 reflejaron un orden explícito de priorización de agenda. En primer lugar, se ubicó la agenda de salud ambiental, enfocada en el impacto de los riesgos naturales y del ambiente; en segundo lugar, las condiciones sanitarias, especialmente aquellas relacionadas con la vivienda rural y urbana, así como con los lugares y espacios para la recreación y la salud, lo que posteriormente se consolidó desde la perspectiva de entornos; en tercer lugar, la agenda de salud alimentaria y nutricional; seguida por la de la salud mental y el rol de la familia. Finalmente las Enfermedades Crónicas no Transmisibles como determinantes para la mortalidad, morbilidad y discapacidad.

El PTS 2016-2019 se estructuró bajo cuatro líneas, a saber:

1. Articulación de Políticas nivel Nacional y Departamental
2. Articulación del Plan de desarrollo y la agenda de salud inscrita por la gobernación
3. Competencias de la gobernación en la temática sanitaria (Aseguramiento, garantía para la prestación del servicio de salud en el valle del Cauca priorizando la población vulnerable a Salud Pública incluyendo vigilancia de factores de riesgo y del ambiente, la vigilancia y control a los actores del Sistema de Salud, la asistencia técnica a los integrantes del sistema y la rectoría y dirección del Sistema Departamental de Seguridad Social en Salud. (Sec. Departamental de Salud, 2016, p.7).
4. Referencia la “Situación de Salud del departamento” ASIS.

De igual forma, el Valle del Cauca mantuvo la metáfora de la Orquídea para abordar la salud durante este periodo. (Imagen 10)

La agenda de salud del PTS y los desafíos relacionados con juventudes

Dentro de los objetivos que el departamento planteó en el PTS para las juventudes se identificaron las siguientes problemáticas: consumo de sustancia psicoactivas, embarazo adolescente, mortalidad materna, incidencia de infecciones de trasmisión sexual (ITS) y VIH, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, suicidio, accidentes y enfermedades de origen laboral, así como diferentes expresiones de violencia, particularmente homicidios, la violencia sexual y la violencia de género, con énfasis en jóvenes, mujeres y colectivos LGTB[66].

En relación con la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el departamento proyectó una inversión significativa, adoptando la meta establecida en el PDSP, orientada a disminuir la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en población de 13 a 64 años. No obstante, la focalización de las acciones se centró en población menor de edad con malnutrición por déficit, lo que implicó no solo dos tipos de malnutrición diferente (crónica y aguda), por otro lado, combinó acciones para infancia y adolescencia, dejando de lado las juventudes entre los 18 y 28 años. En esta dimensión, los recursos de la agenda se asignaron para la asistencia técnica, seguidos de acciones de monitoreo y seguimiento del estado nutricional de la población escolar del departamento.

Además, el departamento retomó las metas del PDSP que planteaban, para 2015, una disminución a 35.9% de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años; a 44.6% en mujeres de 18 a 64 años; y a 30.2% en mujeres de 13 a 49 años. (MinSalud, 2013, p. 205) y definió metas de resultado y de producto como mantener por debajo del 15% la prevalencia de obesidad en población de 5 a 17 años, durante el periodo de gobierno (Secretaría Departamental de Salud, 2016, p.71), mientras que para juventudes entre 18 y 28 años no se evidenciaron acciones para la malnutrición por exceso.

De igual, forma se reconocen como acciones para población entre 14 y 28 la asistencia técnica a todos los actores del SGSSS -Entidades Territoriales, EAPB y redes de

[66] Para este momento la agenda de diversidad no incluía el colectivo Queer, por esta razón la sigla se toma tal como la agenda lo contempló.

jóvenes- para el fortalecimiento institucional y comunitario de la estrategia Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SASJ) durante el periodo de gobierno (Secretaría Departamental de Salud 2016, p.31). De este modo, el indicador disponible se dirigió a la meta de producto relacionada a la asesoría técnica departamental para las Direcciones Locales de Salud principalmente para el desarrollo de la política nutricional y no se identificaron indicadores centrados a los aspectos concretamente relacionados con los desenlaces nutricionales de las juventudes.

Adicionalmente, el PTS buscó articular las agendas de salud mental y de consumo de SPA en el marco de la Atención Primaria en Salud; sin embargo, esta articulación se realizó con una inversión económica, recursos humanos y estrategias limitadas frente a la complejidad de estas dos problemáticas. En consecuencia, la agenda en salud mental fue marginal, ya que, apenas un municipio ejecutaba el proyecto *Aldea mentalmente saludable,* que contaba con dispositivos comunitarios articulados a las instituciones con niveles primarios de atención y la contención de la patología de salud mental prevalente, adicionalmente, apenas una entidad del departamento se certificó como Especializada en salud (Secretaría de Salud Departamental, 2016, p.20).

Con respecto al enfoque étnico, se denominaron poblaciones especiales aquellas en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado y grupos étnicos -afros e indígenas- pero no se consideró a la población Rrom.

La agenda de Juventudes en el gobierno de Clara Roldán 2020-2023

El gobierno de Clara Luz Roldán recibió el departamento del Valle del Cauca con una población de 2.021.390.701 de acuerdo con las proyecciones del DANE. Durante este periodo de gobierno se identificó mayor monitoreo de las situaciones en salud de las juventudes, principalmente los adolescentes, por ejemplo, se identificó que la tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes fue de 1,44[67], tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes fue de 2,43 y la situación de 1.139 jóvenes entre 14 y 17 con casos de violencia sexual, lo que clasificó al Valle del Cauca como el segundo departamento con esta problemática (Gobernación del Valle del Cauca,

[67] no desagregada por adolescentes

2020,p.39). Si bien, el departamento avanzó en la visibilización de las situaciones de las juventudes, al igual que en otros gobiernos nacionales y departamentales la agenda se combinó en bloque con primera infancia, infancia y adolescencia.

Dentro de las narrativas del gobierno de Roldán, la adolescencia fue comprendida como una “ventana de oportunidades” para el desarrollo integral y la transformación estructural del departamento (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.37).

En el ámbito territorial, se identificó que aproximadamente la mitad de los adolescentes rurales estaban en situación de pobreza multidimensional, asociada a la falta de ofertas y de oportunidades considerando que el índice de pobreza multidimensional rural superó el urbano. Esta situación, restringió fuertemente las oportunidades de las juventudes y por ende la construcción de sus proyectos de vida en la ruralidad. Aún con esta ventaja, y contando con una mayor oferta institucional las juventudes de la zona urbana, estaban expuestas con más frecuencia a situaciones de violencia y a entornos que promovían el consumo de SPA (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.37). Lo anterior, sugiere que en los dos territorios se presentaban desafíos para los jóvenes.

La localización del departamento ha sido estratégica para el tránsito y salida de narcotráfico, por la ubicación del puerto de Buenaventura, tan cercano a la capital del departamento. Esta situación pudo influir en algunas de las actividades de instrumentalización de las juventudes en actividades relacionadas con la violencia y con el tráfico de estupefacientes y por ende con los ingresos al SRPA que se dieron en el departamento durante este periodo. Es importante recalcar que 543 adolescentes entre 14 y 17 años reincidieron en la comisión de delitos durante el año 2018, lo que llevó a que varios jóvenes vallecaucanos reingresaran al SRPA. Esta situación reportó que cerca del 25% de los jóvenes fueran reincidentes, si se sabe que, para 2016 ingresaron 2.188 jóvenes a este sistema (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.40). Esta situación propone centrar la atención más allá de las juventudes infractoras para caracterizar los mecanismos que coaccionan o propician estas situaciones, ya que, afectan intensamente la experiencia juvenil.

La agenda de paz y los modos de vida de las juventudes en el gobierno de Roldán

En concordancia con el contexto nacional, durante este periodo de gobierno se identificaron narrativas de paz, conflicto armado y las personas reconocidas como víctimas del conflicto armado (VCA), lo que permitió una mayor visibilización de estas realidades en la planeación territorial. A nivel nacional, el Valle del Cauca ocupó el segundo lugar en número de personas afectadas por el conflicto armado (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.68).

Un avance relevante fue la desagregación de la población víctima del conflicto armado por grupos etarios, que aunque se limitó a dos categorías: menores de 17 años y personas entre 61 y 100 años, permitió reconocer la afectación de esta violencia en población menor de edad. Así, para 2020 se reportó que del total de víctimas del conflicto armado (502.421), el 26% eran menores de 17 años (132.217) y que el 5% presentaba condición de discapacidad (RUV en PDV 2020-2023 p.41). Estos datos evidenciaron un reconocimiento de la exposición al conflicto armado y su relación con la salud, particularmente en la condición de discapacidad de los adolescentes, visibilizando aspectos de la agenda en salud que fueron desconocidos en otros periodos de gobierno. No obstante, en la desagregación de la condición de discapacidad los datos de adolescencia se fusionaron con los datos de la población infantil, como se muestra a continuación:

Tabla 18.Niños, niñas y adolescentes VCA según tipo de discapacidad a marzo de 2020

Tipo de discapacidad	Total
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2.932
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1.014
El sistema genital y reproductivo	875
El sistema nervioso	5.019
La digestión, el metabolismo, las hormonas	859
La piel y Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	617
La voz y el habla	3.408
Los oídos y Los ojos	3292
Total general	8.096

Fuente. Adaptado del PDD, Clara Luz Roldán 2020-2022

Si bien, la agenda de discapacidad ganó visibilidad con las cifras discriminadas por grupo poblacional (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.54), persistían las dificultades para la aplicación de un enfoque diferencial en los espacios donde transcurría la experiencia juvenil y para una garantía de inclusión efectiva. La condición de discapacidad estaba más presente en personas de estratos socioeconómicos más bajos, a saber: del estrato 1, 4.015; 2.832 de estrato 2; 2.941 de estrato 3 y, en menor proporción personas de estratos 4, 5, y 6 (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.54). Esta información es relevante, pues la condición de discapacidad física y mental en la experiencia juvenil determina los itinerarios de las personas, afecta además actividades cotidianas como asistir al colegio, lo que sugiere que la condición de discapacidad suma en la matriz de desigualdades como un factor que aumenta la exclusión de las juventudes de otros entornos -como el laboral por ejemplo- afectando procesos que se desarrollan en estos: el primero la participación en espacios en los que se determina la agenda de salud y segundo, su participación como titulares de derecho en programas de salud, ya que, como se ha presentado previamente las estrategias de salud se operativizan principalmente en el entorno escolar, que corresponde a un entorno aliado para las acciones de salud.

Un tema olvidado en la agenda nacional y departamental fue la problemática de la población habitante de calle. Es importante resaltar que desde 2016 el concepto de habitancia en calle tuvo un giro conceptual presentado por el ICBF para la población infantil y adolescente que permitió discriminar dos modalidades: el primero fue la “alta permanencia en calle” correspondiente a NNA que permanecen en las calles durante gran parte del día, pero que en la noche regresan a alguna forma de familia y de hogar; la segunda, es la situación de vida en calle que corresponde a NNA que habitan permanentemente en la calle, sin ninguna red familiar de apoyo). El Valle del Cauca se posicionó como el segundo departamento con mayor población habitante de Calle entre 2017 y 2019, con 4.749 personas (20% del total nacional). Para esta problemática no se encontró la caracterización para personas entre 14 y 28 años, pero por lo menos, se reportó que del total el 3% correspondían a NNA (Anexo técnico decreto 1285 de 2022, p. 10, 16). Esta información representa un insumo de interés para reconocer las juventudes del departamento que están bajo esta condición.

Al igual que a nivel nacional, el aseguramiento en salud fue prioridad en la agenda en salud del Valle del Cauca, alcanzando una cobertura del 90% de la población y para las que se definieron acciones como:

-Disminución del embarazo y maternidad adolescente, línea base 419 en las personas entre 10-14 años y 9.091 juventudes entre 15-19 años (DANE, 2018).

-Disminuir la tasa de muerte por accidentes de tránsito con una línea de base de 17,79% (DANE, 2018).

-Disminución de número de muerte por principales enfermedades Línea de Base: enfermedad isquémica del corazón 4.639 casos, Enfermedades cardiovasculares 1,809 y 1.802 casos de enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

-Disminución de la tasa de suicidios 31% (Así Vamos en Salud, 2019).

Además, en este gobierno se articuló la dupla convivencia social-violencias con la salud mental (Gobernación del Valle del Cauca, 2020, p.335), dentro del cual un actor central fue la Secretaría de Salud departamental a la que se le asignó el 100% de la responsabilidad en el cumplimiento de la agenda. Esta asignación reforzó la idea que aunque hubo avances en el engranaje transectorial para atender la agenda en salud, en algunas temáticas persiste una perspectiva de abordaje centrada en el sector sanitario. Lo anterior refuerza la necesidad de mapear y vincular actores institucionales públicos y privados, como por ejemplo, la Secretaría de Bienestar Social, Secretaría de Desarrollo Económico para avanzar en una perspectiva de determinantes sociales de la salud, más específicamente a aquellos relacionados con la convivencia, violencia y la salud mental, de lo contrario puede que se terminen abordando solo los determinantes individuales, con lo que los desenlaces en salud puede que se perpetúen al no reconocer las implicaciones de los niveles intermedio y estructural.

Esta agenda de salud mental departamental se operativizó con el programa *Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables*, dirigida a población en condición de calle, específicamente desde el subprograma de *salud en habitantes de calle,* pero sin acciones para juventudes. Durante el cierre del gobierno de Clara Luz Roldán se definió

la Política pública social para habitantes de Calle (2022 -2031), con el decreto 1285 de 2022, por ende, se reconoce el avance en incluir esta condición en los análisis de las situaciones poblacionales, visibilizando estos itinerarios en la agenda, pero que finalmente revela una omisión histórica de las necesidades en salud de esta población, focalizando acciones para población infantil y adolescente en situación de vida en calle o con alta permanencia en calle, en concordancia con la legislación colombiana. en el año 2022 en el que se diferencian rutas de intervención para población menor de edad y para aquella mayor de edad en condición de calle (Anexo técnico decreto 1285 de 2022, p.8), evidenciando un interés en el enfoque diferencial.

Con respecto a la perspectiva de género, ésta se visibilizó más en este periodo de gobierno que en los dos anteriores. Con Roldán, se avanzó en caracterización y descripción de circunstancias de la población LGTBI+Q. Se retoma el posicionamiento de la agenda de la paz, ya que, además de reconocer a la población víctima del conflicto armado (VCA), ésta dio espacio para visibilizar otras circunstancias inmersas en los modos de vida como lo es la diversidad de género. Así, fue en la caracterización de la población VCA en la que se indicó que 302 personas eran además parte de la comunidad LGBTI+Q. Esta situación puso en el centró a la comunidad LGBTI+Q en el marco de la agenda de paz y en el posconflicto. (Gobernación del Valle del Cauca 2020, p.82). Dentro de la agenda se destaca el subprograma 2030207 *el Valle somos todos y la comunidad LGBTQ+ se protege,* con el que se buscó consolidar la Política LGTBIQ+, fomentar las redes de paz y mejorar los espacios de reconocimiento de la comunidad desde la participación y el fortalecimiento de sus derechos (Gobernación del Valle del Cauca 2020, p.190).

Plan Territorial de Salud del Valle Del Cauca 2020-2023

En el gobierno de Clara Luz Roldán se contó con María Cristina Lesmes Duque quien lidero el PTS en calidad de secretaria departamental de salud. Para este periodo la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles fue de 36.05, esta cifra departamental superó la cifra nacional que fue de 32.82 (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.39). Con esta situación y los resultados referenciados por curso de vida en los ASIS 2021 a 2023 las ENT debían considerarse centrales en la agenda departamental.

En esa misma línea, en el año 2020, las ENT representaron la mayor proporción de consultas en la adolescencia (12 a 18 años) con 61,18% y en juventud (14 a 26 años) con 54,53 % 2018, que aumentó con relación al año 2017. (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.40) y aunque este análisis se enfocó en rastrear la situación de las juventudes (14 a 28 años), es importante informar que esta misma situación se presentó en el grupo de primera Infancia y en infancia (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.40). Es decir, estos desenlaces de salud relacionados usualmente con la adultez tardía o con los adultos mayores, se estuvieron atendiendo en grupos sociales más jóvenes, para los que la agenda en salud no proyectó acciones definidas.

En el Valle del Cauca las Enfermedades Crónicas No transmisibles representaron el primer lugar de las causas de morbilidad para ambos sexos con 61.18 % en personas entre 12-18 años, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con 10.25 % y en tercer lugar las Lesiones con 9.14%. De igual forma para personas entre 14 y 28 años para ambos sexos, en primer lugar, estuvieron las ENT con 54.53 %, seguido de las condiciones Transmisibles y nutricionales con 13.36 y en tercer lugar las lesiones con 9.76% (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.41).

Este PTS proyectó que la población del Valle del Cauca alcanzaría óptimos niveles de salud y bienestar, con entornos y ambientes seguros y saludables, resultado de la afectación positiva de los Determinantes sociales de la salud, mediante la acción coordinada sectorial, transectorial, con participación y decisión comunitaria para 2025 (PTS, 2020-2023, p.6). Así, de esta visión se destacaron aspectos importantes como autoridad sanitaria, perspectiva de entornos, participación y articulación para impactar los determinantes sociales de salud.

Como objetivos estratégicos del PTS se establecieron:

1. Lograr la afectación positiva de los determinantes sociales, frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables

2. Implementar entornos y ambientes seguros y saludables contribuyendo al logo de niveles óptimos de salud y bienestar en los Vallecaucanos

3. Fortalecer el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria, la acción coordinada sectorial, transectorial y la participación comunitaria para la reducción de las inequidades en salud en el departamento del Valle del Cauca.

Lo anterior, por medio de tres líneas: políticas públicas nacionales sobre la salud pública, compromisos en salud del programa de gobierno departamental y la situación de salud del departamento -para la priorización en salud- y los determinantes PASE.

Para este momento se identificaron once principales problemas de salud ordenados de mayor a menor y que determinaron el índice de necesidades en el Valle del Cauca así:

Tabla 19.Inventario de problemas de salud para el Valle del Cauca 2020-2023

Mortalidad por IRA
VIH
Cáncer de próstata
Tuberculosis
Tumor digestivo
Tumor de mama
Tumor de estómago
Homicidios
Mortalidad por accidentes de tránsito
Mortalidad perinatal
Razón de mortalidad materna

Fuente: tomado de Plan territorial de Salud del Valle del Cauca 2020-2023

A continuación se lista la priorización de problemas de salud para el departamento:

- ✓ Salud ambiental. Tasas de incidencia en Dengue, leptospirosis, tasa de mortalidad en malaria.
- ✓ Vida saludable y condiciones no transmisibles. Enfermedades del sistema circulatorio, neoplasia mujeres, morbilidad por enfermedades no transmisibles en infancia y adolescencia.
- ✓ Convivencia Social y Salud Mental. Morbilidad por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en juventud hombres
- ✓ Seguridad Alimentaria. Se priorizaron las enfermedades transmisibles y nutricionales, morbilidad por deficiencias nutricionales.
- ✓ Salud pública en emergencias y desastres

- ✓ Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Se priorizaron acciones relacionadas con las Neoplasias (próstata, mama) y las enfermedades infecciosas (VIH-SIDA, condiciones materno infantil)
- ✓ Salud y Ámbito laboral-empleo informal[68]. Trabajo informal
- ✓ Gestión diferencial en poblaciones vulnerables

Tabla 20.Cifras de malnutrición por exceso a nivel Nacional población entre 13 y 64 años

No	Indicador	Población	Datos para 2015
1	Sobrepeso	Mujeres entre 13 y 17 años	81,1%
2	Sobrepeso	Mujeres entre 18 y 49 años	64.1%
3	Obesidad	Mujeres entre 13 y 17 años	18,9%
4	Obesidad	Mujeres entre 18 y 49 años (Se fusionaron datos de Juventudes)	35,9%
5	Obesidad Abdominal	Mujeres de 18 a 64 años (se fusionaron datos de Juventudes)	59.6%
6	40% de las gestantes del país presentaron exceso de peso (sobrepeso y obesidad), de las cuales el 8.6% eran menores de 18 años es decir adolescentes.		
7	Tendencia nacional de Prevalencia de obesidad en adolescentes de 13 a 17 años 2005 (1.9), 2010 (2.8) y en 2015 (4.0).		
7	La prevalencia de sobrepeso de 37,8% ENSIN 2015, p.296		
8	La prevalencia de obesidad en Colombia (18,8 %), Pacífica (21,0 %), Valle del Cauca 22.9 ENSIN 2015, p.298		

Fuente. Tomado de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional, 2015, p.300-321

Además, en el Valle del Cauca la obesidad había crecido un 36,0 %, siendo mayor el incremento de la prevalencia en hombres (64,0%) con respecto a las mujeres (33,2 %) Dentro de la malnutrición por exceso se identificó mayor prevalencia de obesidad en quienes tenían una educación primara incompleta (21,3 %) y entre los que cursaron primaria completa y secundaria incompleta (21,4 %) (ICBF, et al., 2015p.299).

La agenda departamental en salud y las juventudes

Para revisar la agenda en salud del PTS y su operativización para las juventudes, el departamento vinculó en su objetivo No 2 del PTS la agenda de violencia, salud sexual y reproductiva; salud mental, salud laboral, mortalidad materna y consumo de SPA como se muestra a continuación:

[68] Para 2018 el Valle del Cauca cuenta con un alto porcentaje de trabajo informal, 83.2% y una tasa de dependencia del 28.4% (CNPV, 2018, en Bernal y Benavides, 2022, p.11).

> Reducir los índices de consumo de SPA, de homicidios, suicidios, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, así como accidentes y enfermedades de origen laboral, la mortalidad materna, el embarazo adolescente, la incidencia de ITS y VIH en poblaciones claves y la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, la discapacidad y muerte temprana por causas evitables, la transmisión materno infantil de ITS, VIH, la orfandad y pérdida de fuerza laboral de la población en edad productiva, con énfasis en poblaciones víctimas de violencia y otras en contexto de mayor vulnerabilidad de los 42 Entes territoriales del departamento.
> (Secretaría Departamental de Salud, 2020, p.67)

Este objetivo estratégico tuvo muchos focos de atención en simultáneo lo que se puede entender como una debilidad en la proyección, ya que cada una de las líneas redactadas requería estrategias diferenciales de abordaje, con lo que la medición o el monitoreo del cumplimiento de estos objetivo implicaría también indicadores, actividades, recursos y equipos diferentes, por ejemplo, para el suicidio, los determinantes sociales difieren de aquellos relacionados con *las situaciones como la pérdida de fuerza laboral* de la población productiva, por lo cual, este objetivo tuvo diversos frentes que pudieron ser referidos discursivamente o de forma instrumental.

Para el tema de salud ambiental se identificaron unos objetivos más concretos, medibles y monitoreables, estos no se orientan a más de una problemática a la vez. Por otro lado, con respecto a la salud física-deportiva, se identificó un interés por los itinerarios juveniles, así como por los espacios dónde estos suceden, y que fue establecido en la política nacional desde el 2021 como "*enfoque de entornos*", además se visibilizó la agenda de ruralidad, como se muestra a continuación:

Objetivos para la salud ambiental y salud física en el PTS departamental:

- ✓ Mitigar el riesgo de eventos o situaciones que alteren la salud, relacionados con las amenazas naturales y antrópicas y de los factores de riesgo del ambiente.

- ✓ Mejorar el uso de las tierras productivas y las condiciones de hábitat saludable relacionadas con la vivienda, zonas de recreación y uso del tiempo libre y

movilidad, contando con una adecuada infraestructura de saneamiento básico con énfasis en las zonas rurales.

- ✓ Mejorar los índices de enfermedades de origen ambiental presentes en el departamento del Valle del Cauca, originadas por vectores, inadecuada alimentación, poca actividad física y alteraciones mentales producto de una convivencia familiar insana.

Se identificó el planteamiento de la articulación de la *salud física y la salud alimentaria* como un eje estructurante de configuración deseada de salud ambiental en función del uso de las tierras productivas, de la misma manera, la salud mental fue articulada a esta configuración, sin embargo, en una estrategia por cubrir diferentes francos se incluyeron aspectos incluso de violencia sexual pero no fue claro su armonización con el objetivo trazado. Ahora bien, se reconoce que la violencia sexual es un factor presente en la ruralidad y que afecta la salud mental y la SAN, pero nuevamente, la vinculación de todos estos aspectos en un solo objetivo no permite rastrear los mecanismos implicados para su cumplimiento.

PTS 2020-2023 Objetivo para la transectorialidad

Generar espacios transectoriales que permitan el establecimiento de acuerdos y metas para la disminución de las inequidades sociales que llevan a la deserción escolar a enfermedad y muerte generada por la violencia familiar y social en la población vallecaucana

Dentro de los resultados esperados para salud se identificaron cinco (5) que afectarían directamente los modos de vida de las juventudes, aunque no estuvieran diseñados exclusivamente para ellos y se presentan a continuación:

- ✓ Aumentar el acceso al agua potable
- ✓ Reducir el consumo de sustancias psicoactivas SPA, homicidios, suicidios, accidentes y enfermedades de origen laboral, el embarazo adolescente, las

Infecciones de Transmisión Sexual ITS y VIH, la violencia sexual y de género, específicamente en jóvenes, mujeres y colectivos LGTBI, la orfandad, la fuerza laboral de la población en edad productiva con énfasis en poblaciones víctimas de violencia y de mayor vulnerabilidad

- ✓ Promover oportunidades para desarrollar una vida digna, que eleven la capacidad adquisitiva de las clases menos favorecidas, para mejorar la salud mental, que desaparezcan las tensiones sociales creadas por la violencia, desintegración familiar, violencia sexual, deserción escolar.

- ✓ Niños niñas y adolescentes con derecho a la recreación, salud y desarrollo digno.

- ✓ Lograr que, en personas, grupos y comunidades con ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, en el marco de los enfoques de género y diferencial, tengan una salud sexual y reproductiva segura, digna y responsable reduciendo las condiciones de vulnerabilidad para ITS/VIH-SIDA, sífilis congénitas, embarazos en adolescentes, muertes maternas y perinatales y violencia de género.

En el nivel departamental una categoría central en la narrativa de los actores fue el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, y estuvo ligada desde una perspectiva de jerarquía del departamento sobre Cali (antes municipio). Esta postura generó diferencias organizacionales entre los niveles de gobierno durante el tránsito de la ciudad de municipio a distrito, además tuvo implicaciones en la comprensión de esa autoridad sanitaria con respecto a los modelos de contratación de profesionales de las líneas de trabajo, como se refiere a continuación:

> Nosotros hacíamos una matriz… un trabajo programático, digamos como consensuado de alguna manera con los municipios, en términos de cuáles eran las necesidades, dificultades y obviamente acogiendo los lineamientos nacionales y trabajábamos muy alrededor desde el ejercicio de Autoridad Sanitaria en el municipio y entrabamos con el secretario de salud, previo conocimiento del Alcalde lo que íbamos a hacer... algo así: “Señor secretario usted tiene un plan de

> trabajo, pero ¡esto! métalo en su plan de trabajo--- ¡es su población! ¡es su problemática! si usted quiere, usted puede decir que hizo gestión para que esto llegara acá y decir ¡aquí se van a desarrollar tales planes, o proyectos¡, ¡pero métalo!, el problema era pues que eso se perdiera… eso, esa acción Colectiva de Autoridad Sanitaria se volvió un Plan de Intervención Colectiva (P_AGID_SDS_001)

> El sistema de contratación actual que permite digamos tanta amplitud y dónde se pierde como la comandancia...mmm ¡yo tengo en mis tuétanos lo que es la autoridad sanitaria¡, por ejemplo, a mi gente [colaboradores contratistas] le digo... quiero que ustedes dimensionen dónde están! Porque cuando uno estaba por fuera y veía la Secretaría [departamental de salud]... uno decía ¿qué es esta cosa tan bella?, ¡claro! ¡es la mayor capacidad técnica que hay en el departamento sobre la salud... ¡está aquí! Y de la mano de la academia y de todo eso... porque nosotros éramos así con la academia [usa los dedos para visualizar como candado-unión] (P_AGID_SDS_001).

Lo anterior, puede comprenderse como algo que sucede frecuentemente en la configuración de las políticas públicas y que corresponde a la interrupción de los procesos administrativos producto de la transición entre contratos de los tecnócratas o profesionales adscritos a las entidades gubernamentales lo que influye el sentido o la intensidad de la configuración de la política y que va depender de la afinidad de estos actores con el grupo político o con los actores que promovieron la agenda sobre la situación problemática a tratar, o con la afinidad o la diferencia con respecto a los titulares de derecho de estas políticas, en este caso su comprensión de juventudes como colectivo social. De igual forma, se deben considerar unos efectos generados por la transición entre un gobierno y otro durante la configuración de las políticas de salud.

> Mmm ¡creo que para tener la plata ¡sí! nos interesa mostrarnos como Autoridad Sanitaria!, mmm ¡pero para el ejercicio de control como Autoridad Sanitaria, mmm, nos fraccionamos en el ejercicio de esa práctica de Autoridad Sanitaria. jum… entonces.! imagínate, Cali, Buenaventura distrito ya están aparte,

> autónomos! entonces. municipios como Cartago, Palmira, Tuluá, Buga-también a parte porque son descentralizados-, entonces ¿con quién nos quedamos? ¿con Ulloa, con Viges, con el Cairo que tienen menos de 20.000 habitantes? entonces eso de las categorías…. creo que tiene que revisarse nuevamente… para decir... bueno ¿si soy Autoridad Sanitaria? porque soy el departamento… respetando claro ciertas acciones y autonomías administrativas. (P_AGID_SDS_001)

> No me parece centrarnos solo en las competencias de los municipios categoría 4,5 y 6… Entonces, ¿qué nos dicen de esas categorías?, pues que somos-… como responsables directos y que, a los otros [otras categorías], nosotros les damos nada más asesoría- como Cali-…! ¡No! ¿cómo así?, ¡hay que hacer acompañamiento! (P_AGID_SDS_001)

Lo anterior, puede sugerir que en el ámbito de la salud entre los niveles de gobierno para algunos actores existe una comprensión de la legitimidad para ejercer poder con respecto al nivel inmediatamente siguiente y que tradicionalmente se ha entendido como un nivel subordinado. Así, en términos de una tecnocracia establecida, si se quiere, de la existencia de un conocimiento especializado y superior siempre que el nivel sea más cercano al gobierno central, por lo menos en lo que respecta a la agenda de la salud, más precisamente a las actividades de Autoridad Sanitaria por corresponder a una política decenal escrita y socializada principalmente desde el nivel central, pero con actores locales como se presentó previamente.

En el nivel departamental la agenda de salud para juventudes estuvo mediada por una perspectiva institucional fuertemente sectorizada en el que la Secretaría Departamental de Salud concentró el liderazgo desde el ejercicio de la autoridad sanitaria. Si bien se reconocen avances en la articulación transectorial, y acciones incrementales en la armonización de los Planes Territoriales de Salud con el Plan Decenal de Salud Pública, estos aun presentan desafíos para articularse con los planes de desarrollo departamentales, es decir, pareciera que por una vía va lo de salud y por la otra vía va la planeación departamental.

Se identifica que la operatividad de la agenda en salud para las juventudes continuó dependiendo en gran medida del entorno escolar, ya que, fueron pocos los entornos no institucionales los que tenían acciones en salud en juventudes con modos de vida que no incluyen la escolarización. Con respecto a los actores, se reconoce que las áreas de educación deporte, asuntos étnicos, cultura aparecen gradualmente para participar de la agenda de salud entre 2014 a 2022, sin embargo, la intersectorialidad continúa frágil y se debilita con los cambios administrativos. Además, persiste la necesidad de vincular el enfoque de juventud en el abordaje de los problemas de salud desde la institucionalidad.

Finalmente, como fortaleza de la agenda departamental de salud para las juventudes se identificó el reconocimiento progresivo de problemáticas de la salud mental, el consumo de SPA, la violencia, la salud ambiental y para el último gobierno en ENT, desde la perspectiva de entornos y que vincula gradualmente, pero con muchas deficiencias a las poblaciones con diversidad sexual y diversidad. Así, se considera que persisten debilidades metodológicas y conceptuales como la tendencia a fusionar la niñez con la infancia, y la adolescencia, mientras se excluye a las personas entre 18 y 28 años.

Como problemáticas centrales se identifica la fusión de la juventud con otros cursos de vida, como adultos, la focalización de población escolarizada, ausencia de líneas de base desde la que la definición de indicadores no se sustenta y dificulta un monitoreo y las implicaciones de esta agenda en salud para la experiencia juvenil.

Tabla 21.Propuesta de análisis de Emery Roe agenda y actores nivel departamental

Gobierno	**Narrativa**	**Contranarrativa**	**Narrativa**	**Contranarrativa**
	Actores		**Agenda**	
Ubeimar Delgado Blandón (2012-2015)	La Secretaría Departamental de Salud se posiciona como actor líder en la política sanitaria con énfasis en Atención Primaria en Salud y fortalecimiento institucional	El rol de los actores se concentra en el sector salud con baja articulación transectorial. Se identifican actores específicos responsables de la agenda de juventudes y no se menciona	Agenda de salud centrada en aseguramiento, prestación de servicios y APS y la gestión del riesgo (alineado PDSP) con énfasis en población vulnerable, las temáticas juveniles se abordan de	La agenda diluye las juventudes como curso de vida más aquellos entre 18 y 28 años que están subsumidos en indicadores de población adulta. No se identifican acciones ni metas específicas para

		claramente el seguimiento por curso de vida	forma transversal dentro de infancia y adolescencia.	salud juventudes
Dilian Francisca Toro (2016-2019)	Se fortalece el papel de la autoridad sanitaria departamental y de actores sectoriales como INDERVALLE Educación con una mayor capacidad técnica y presupuestal. Se consolida la narrativa de un liderazgo institucional del departamento.	La centralidad de la secretaría de salud reforzó un enfoque sectorial. Actores como bienestar social desarrollo económico aparecen de forma marginal. Los procesos de contratación y rotación de personal *técnico* afectan .la continuidad de los programas políticos.	Agenda amplia e integral alineada al PDSP en: salud ambiental, entornos saludables, seguridad alimentaria y nutricional (SAN), salud mental, Consumo de SPA salud sexual y reproductiva y actividad física. Alta asignación presupuestal al sector salud.	La integralidad se traduce en dispersión La mayoría de las acciones se operativizaron en el entorno escolar centrada en adolescentes. Las juventudes no escolarizadas y entre 18 a 28 años se excluyen de las acciones en salud.
Clara luz Roldán entre (2020 - 2023)	Se profundiza la narrativa de autoridad sanitaria y rectoría técnica. Más información en el monitoreo de eventos en salud. Se reconoce a los jóvenes como actores asociados a la agenda de Paz en calidad de víctimas, aportes en diversidad cultural, étnica y sexual.	Persisten tensiones entre niveles de gobierno. La rectoría sanitaria se ejerce más como control técnico que como una articulación efectiva. Las juventudes se comprenden como objeto de intervención más que como actores en el reconocimiento de las problemáticas y en el aporte a las decisiones de abordaje.	Agenda más explícita en temáticas de violencia, salud mental consumo de SPA, SAN, salud ambiental y convivencia. Disponibilidad de datos de juventudes con priorización de problema, visibilización de la agenda de juventudes en el marco de la agenda de paz víctimas del conflicto armado y diversidad.	Aunque mejora la visibilidad estadística persiste la fusión de cursos de vida. La agenda se formula con múltiples trabajos simultáneos dificultad y seguimiento y la evaluación de impactos específicos.

Fuente. Elaboración propia

Planes de desarrollo de Santiago de Cali 2012-2022

En este apartado se presentan los hallazgos del análisis narrativo de los tres planes de desarrollo de la ciudad de Santiago de Cali correspondientes al periodo 2012 – 2022.

Agenda del gobierno municipal de Guerrero (2012 – 2015)

La agenda de salud del segundo mandato de Guerrero se operativizó a través de la línea "*CaliDA: Bienestar para todos*", la cual articuló información sobre desenlaces en salud con una lectura territorial de la ciudad, orientada a la focalización de acciones en sectores específicos. Desde este punto Guerrero recibió una ciudad en la que hubo 363 casos de mortalidad de menores de 5 años, el 40% de las muertes eran de población que vivía en el oriente de la ciudad y 12 % de la zona de Ladera. Con respecto al embarazo adolescente, se registraron 5.963 casos en la ciudad, de los cuales el 3 % correspondió a mujeres menores de 20 años; en las comunas 21, 13, 14 y 15 se registraron cerca de 35 casos de embarazo por cada mil adolescentes, cifra que superaba en 1.5 veces la tasa municipal para el 2010 (Alcaldía de Cali, 2012, p.23).

Con respecto a la agenda en salud municipal, se disponía de indicadores articulados a más de un actor institucional -como ocurrió con el tema de la discapacidad-, dichos indicadores se dirigieron a población general y no se discriminaron acciones para juventudes, incluso ni siquiera para los adolescentes que ha sido lo común en otros niveles de gobierno. Durante este periodo, la acción gubernamental se organizó alrededor de la perspectiva de *"entornos para la vida*", entendida como una estrategia territorial centrada en la gestión de factores de riesgo prevenibles o controlables, así como en la promoción de factores promotores del bienestar que contribuían a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible. (Alcaldía de Cali, 2012, p.40)

En materia de aseguramiento, el plan reportó que, a diciembre de 2011, la ciudad contaba con una cobertura del 94% de la población afiliada, distribuida entre el régimen contributivo (62%), el régimen subsidiado (28%) y, de regímenes especiales (4%). No obstante, el propio Guerrero indicó que este tema aún estaba pendiente en la agenda de salud (Alcaldía de Cali, 2012, p.53), por su interés en garantizar un acceso efectivo más allá de la cobertura.

De manera complementaria, el gobierno de Guerrero dio continuidad a iniciativas impulsadas en su primer mandato, orientadas a la generación de ingresos con el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y el sector privado, dentro de las cuales se tenían actividades pedagógicas para el desarme de jóvenes vinculados a pandillas, ya que con la experiencia del primer gobierno de Guerrero se registró que 8.500 jóvenes hacían parte de cerca de 130 pandillas. De estas, se seleccionó el 16.5% de los jóvenes para participar del programa PARCES, en el que los jóvenes tenían actividades de salud mental, recreación (salud física) y por medio de las que se apoyaba la búsqueda de empleo. Se reconocen estas acciones intersectoriales como aportes a la agenda de la salud de las juventudes, incluso aunque estuvieran centradas apenas en el control de la violencia y la mitigación de riesgos sociales.

Agenda de salud y juventudes en el gobierno de Guerrero

La salud mental de las juventudes ocupó un lugar relevante dentro de la agenda distrital. De acuerdo con los reportes de las ESE municipales, las personas entre 15 y 25 años fueron el grupo con mayor número de consultas por salud mental, con 2.268 casos, equivalentes al 25,3% del total. Los intentos de suicidio se concentraron principalmente en jóvenes entre 16 y 20 años, especialmente en las zonas de oriente y suroriente de la ciudad (Alcaldía de Cali, 2012, p.57).

En relación con el consumo de SPA, el plan introdujo una narrativa de diferenciación de la práctica de consumo caracterizando la carga sobre el consumo “riesgoso y perjudicial” y no solo por consumirlo. Esta narrativa flexibilizó el consumo de alcohol en la medida en que no se asoció a situaciones de riesgo *per se*, trasladando la responsabilidad al consumidor, es decir a los jóvenes. Para el consumo de marihuana, la ciudad tuvo una nía una prevalencia de 3,8%6[69]y un incremento de personas intoxicadas con heroína en los servicios de urgencias de la ciudad (Alcaldía de Cali, 2012, p.57). No se encontraron datos sobre las nuevas sustancia psicoactivas (emergentes)[70] que están en el país desde hace más de 20 años y que han sido invisibles como SPA en la agenda en salud .

[69] 62.358 personas aproximadamente consumían marihuana

[70] Ejemplo como Extasis,Popper, Ketamina, fenetilalaminas, piperazinas, PMMA entre otros y que para el periodo de gobierno ya eran reconocidas como se muestra a continuación: “Se conocieron dos casos de incautaciones en 2013 de 3 mil y 4 mil dosis, respectivamente, de una droga presuntamente comercializada como 2C-B en el Valle del Cauca. (Observatorio de Drogas de Colombia & Min Justicia, 2015, p.2,6, y 7)

Ahora bien, con respecto al consumo de SPA este se centró en las sustancias clásicas (alcohol, marihuana, heroína), pero no se identifican acciones que incluyan las denominadas *nuevas sustancias psicoactivas*, lo que se categoriza como un abordaje parcial y propone una necesidad de caracterizar y actualizar el inventario sustancias, de modo que vincule las nuevas tendencias de consumo, así como sus posibles abordajes.

En el caso de la discapacidad, aunque la agenda de salud en condición de discapacidad declaro estar orientada a grupos de primera infancia, infancia y adolescencia, los datos reportados solo registran cifras para personas hasta los 14 años, es decir, nuevamente se desconocen datos para personas entre 14 y 17 años y 11 meses (ni siquiera se incluyó a la población adolescente). Esta situación indicó que, si bien, se usa la categoría adolescente, para referir población objetivo, los programas no siempre llegan a las poblaciones que inicialmente referencian. Así, durante este periodo de gobierno se identifica la omisión de las definiciones disponibles a nivel internacional, como la referida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a los adolescentes como personas entre 10 y 19 años, dentro de lo que se encuentra la adolescencia temprana personas entre 12 a 14 años y la adolescencia tardía, personas entre 15 y 19 años. De igual forma, se omitió la normativa nacional, ya que, de acuerdo con el Código de la Infancia y la adolescencia Ley 1098 de 2006, los adolescentes se reconocen en Colombia como personas entre 12 y 18 años.

Lo anterior, refleja que en Cali como en otros niveles de gobierno -por lo menos para este periodo de gobierno-, no se comprendía por fuera del espacio asistencial ni el enfoque de ciclo vital, ni tampoco el curso de vida. Esta situación repercute en el reconocimiento de las necesidades y los desenlaces de salud de los itinerarios juveniles. Además, esta limitación favorece la sobreestimación de la cobertura de las acciones para las poblaciones a quienes se orienta la política. Así, se incurre en el error de declarar el desarrollo de agenda de juventud pero no se abordan las necesidades de los jóvenes, en cambio, refleja una comprensión equivocada de que la agenda de salud de la población infantil cubre la de las juventudes, o por lo menos, la del grupo de adolescentes.

Por otro lado, el gobierno de Guerrero sancionó el acuerdo 0382 de 2014, que adoptó la política pública y el plan indicativo de atención a la discapacidad en el municipio de

Santiago de Cali, dentro del cual se estableció la línea: acciones de ciudad relacionadas con prevención de asuntos relacionados con la salud física y mental y la prevención de la exclusión con el proyecto para jóvenes: Inclusión de niños y Jóvenes con discapacidad en los programas de educación sexual y prevención de sustancias psicoactivas y demás programas y proyectos del Estado dirigidos a la prevención de riesgos. Se identifica que incluso desde la discapacidad, el nivel municipal retoma -nuevamente- los dos temas tradicionales de la agenda en salud de los jóvenes. Entonces, se abordan superficialmente las necesidades en la experiencia juvenil, incluso con una política de discapacidad disponible, pues esta diseñó un plan de acción con metas abstractas y sin indicadores que dieran cuenta de la inversión, ni los resultados esperados para las juventudes, revelando una agenda de salud municipal obsoleta y limitada, que desconoce la condición de discapacidad y sus efectos en el proyecto de vida de las juventudes.

De igual forma se resalta que el plan de desarrollo Municipal de Guerrero incluyó la agenda de discapacidad, considerando acciones para el medio de transporte, limitaciones de acceso a la educación en población con discapacidad, así como a juegos deportivos incluyentes, que finalmente repercuten en los modos de vida y determinan los desenlaces en salud, considerando -por ejemplo en el caso del transporte- que en personas con discapacidad, las limitaciones en la movilidad implican sobrecostos en el transporte al entorno educativo, citas médicas, terapias, reclamo de medicamentos y demás espacios dónde se desarrolla la experiencia juvenil.

Proyectos de juventud en el gobierno de Guerrero 2012-2015

La agenda social del Gobierno de Guerrero se centró mayoritariamente en el componente *Cali vital,* para el que mayoritariamente los indicadores se relacionaron con mortalidad en población infantil, salud alimentaria y nutricional en mayores de 18 años, pero no con acciones concretas para juventudes. Se identificaron indicadores de juventud mayoritariamente en el programa *Promoción, Prevención y Atención a Infancia, Adolescencia, Juventud*, que se orientó a fortalecer acciones en población del SRPA o de protección de ICBF en función de acciones relacionadas con el uso del tiempo libre, la atención integral psicosocial de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de hogares de

paso, actividades culturales, y gestión de la violencia. No obstante, esta agenda solo reconoce al actor juvenil con necesidades desde situaciones de afectación como la privación de la libertad o el restablecimiento de derechos, revelando que por fuera de esta comprensión, las acciones para los modos de vida de las juventudes en su cotidianidad no se reconocían. Por otro lado, se identificaron propuestas para un "desaprendizaje de la violencia", narrativas que ubican al actor juvenil en el centro de la violencia como si parte de su naturaleza fuera violenta. Desde esta mirada se reproduce el estigma sobre las juventudes, olvidando que al ser sujetos sociales habitan entornos de exposición que incluyen situaciones de violencia. Finalmente, este programa incluyó como indicador de producto la evaluación de la Política de juventud de la ciudad.

El gobierno municipal desarrollo dos los programas en los que se identificó la agenda para juventudes, el primero: *Diversidad Étnica y Racial* en el que se incluyeron varios indicadores de producto para población escolarizada y que se enfocó en recuperación de los saberes ancestrales, proyectos de vida y en el fortalecimiento del componente étnico y cultural de los NNAJ; y el segundo, *Por Cali participo*, se propuso la generación de espacios de participación para el manejo de herramientas de control social de lo público. No obstante, en ninguno de los dos programas se identificó las características de la población de jóvenes que se buscaba vincular (Alcaldía de Cali, 2012, p.91).

Para este momento, no se identificó una agenda de diversidad sexual en el Plan de desarrollo municipal, así como tampoco se referenciaron datos de la caracterización de la población LGBT.

Actores vinculados a la agenda de salud y juventudes en el gobierno de Guerrero

Al igual que en otros niveles de gobierno, la agenda de juventudes se diluyó con la agenda de infancia, lo que implicó que los indicadores, recursos, talento humano y mecanismos de seguimiento (indicadores) estuvieran más orientados en acciones de la agenda de infancia, para la que se prioriza la asignación de recursos, lo que dejó en otro lugar las acciones para adolescencia y juventud. Esta vinculación en bloque de cursos de vida dificultó la desagregación de información y el reconocimiento del progreso de la agenda de juventudes, sin embargo, se identificó una agenda de juventud liderada por

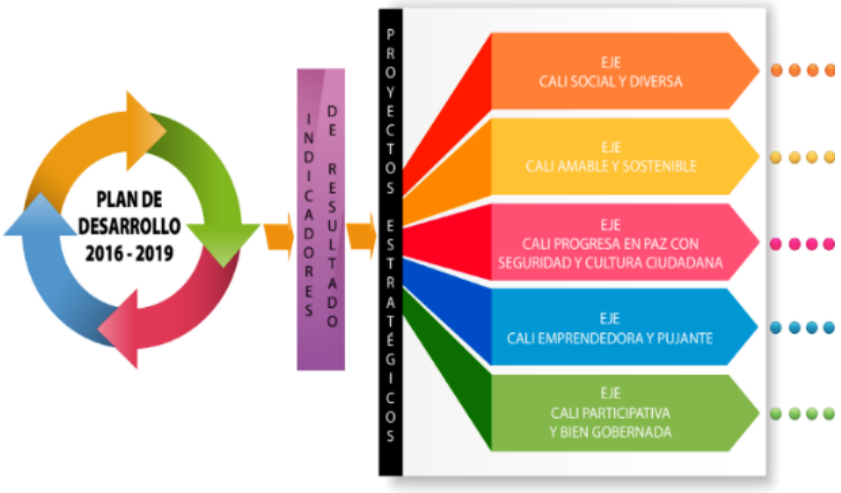
actores gubernamentales, así: Secretaría de Cultura y Turismo principalmente, seguido de las Secretarías de Bienestar Social y Desarrollo Territorial; tercer lugar Secretaría de deporte y recreación, Secretaría de gobierno, convivencia y seguridad y Secretaría de Educación y finalmente, la Secretaría de salud pública, quien lideró la agenda de salud sexual responsable y el consumo de SPA en población escolarizada.

Finalmente, dentro de la narrativa de la ciudad, en el gobierno de Guerrero la comprensión de la agenda de las juventudes fue instrumentalizada, ya que, realmente las actividades se aplicaron principalmente para infancia y adolescencia, en zona urbana y con población escolarizada. De manera secundaria se incluyeron algunas juventudes con capacidades diferentes, especialmente centrada en la movilidad, sin abarcar la diversidad de condiciones existentes. La agenda de la juventud rural fue marginal, al igual que la de habitancia en calle y aquellos jóvenes en privación de la libertad, sin que se proyectaran acciones para las juventudes migrantes.

Agenda y actores en las políticas de salud y juventudes con Armitage (2016-2019)

Maurice Armitage estructuró su Plan de Desarrollo Municipal "*Cali Progresa Contigo*" 2016 – 2019, desde cinco Ejes, 23 componentes y 65 programas que tributaban y se operativizan en las Estrategias de intervención Territorial -TIO- como se muestra a continuación:

Imagen 27. Plan de desarrollo 2016-2019 Santiago de Cali



Fuente. Tomado y adaptado de Alcaldía de Cali 2016

Los cinco ejes definidos por Armitage fueron: 1) Cali social y diversa; 2) Cali amable y sostenible; 3) Cali progresa en paz con seguridad y cultura ciudadana; 4) Cali emprendedora y pujante; y 5) Cali participativa y bien gobernada, como lo muestra la imagen 27. Estos ejes fueron los insumos para la estrategia de Intervención de Territorios de Inclusión y Oportunidades (TIO), siendo este un pilar fundamental de la administración municipal dando lugar a una agenda focalizada en los sectores más vulnerables, desde un enfoque de equidad y justicia social (Alcaldía de Cali, 2016, p.23).

En consonancia con la Estrategia Nacional Entornos Saludables, el gobierno de Armitage adoptó para la ciudad la perspectiva de *Entornos para la vida,* priorizando los territorios de acuerdo con su nivel de vulnerabilidad social, esta priorización se sustentó en problemáticas como:

- Altos índices en: homicidios, mortalidad infantil, desnutrición infantil, deserción escolar, desempleo
- Alto número de casos de Dengue, Chicungunya y Zika
- Alto porcentaje de personas con aseguramiento en el régimen subsidiado
- Bajos índices de cubrimiento de equipamiento deportivo, cultural, educativo y ambiental
- Alto número de personas: víctimas del conflicto armado, y en proceso de reintegración

Así, desde esta estrategia *TIOS*, el gobierno local se comprometió a ubicar: “en la agenda pública la importancia de las políticas públicas saludables, creando ambientes y entornos favorables para el encuentro y disfrute de todos, y propiciando la construcción de habilidades, conductas y estilos de vida saludables (Alcaldía de Cali, 2016, p.27)”.

Dentro del PDD es, es necesario focalizar el análisis en el Eje 1 *Cali Social y Diversa*, ya que fue el que concentró las principales acciones que determinaron la agenda en salud de la población general y por ende, la agenda de las juventudes.

Imagen 28. Eje 1 Cali Social y diversa en el Plan de desarrollo municipal de Armitage



Fuente. Tomado de Plan de Desarrollo de Armitage,2016, p.22

Desde el Eje 1. *Cali social diversa*, se articularon las agendas educativa, de cultura y deporte, salud pública, salud mental y el componente de construyendo sociedad, se proyectaron actividades para las poblaciones de primera infancia, infancia, adolescencia y juventudes. Además, el componente de lucha contra la pobreza extrema orientado a la problemática alimentaria de la ciudad, con enfoque étnico para comunidades Afro e indígena y en el que se identificaron narrativas de diversidad sexual con acciones concretas para la población LGBTI.

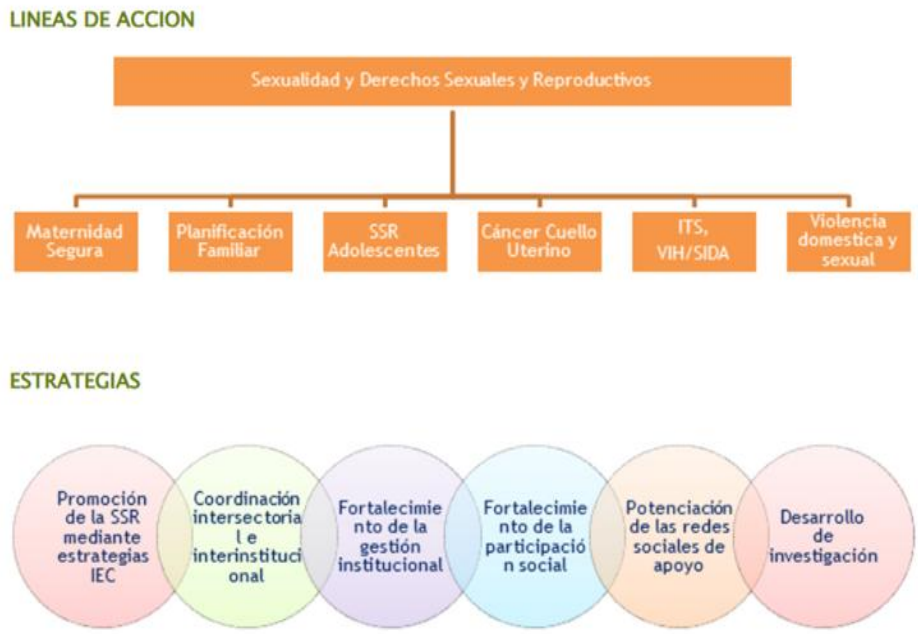
En términos de Agenda, en la imagen del PMD se identifican acciones en salud que no se restringen a la agenda de salud pública, en cambio se identifican acciones contra la pobreza extrema que determinan aspectos como el acceso a los alimentos, la educación y los servicios de atención de salud.

Las evaluaciones externas sobre la gestión de Armitage reconocieron avances en la agenda del deporte y la recreación, mientras que se indicaron retrocesos y críticas en temas de seguridad, justicia y movilidad; con un estancamiento en los demás sectores de la ciudad (Alianza por Cali, 2020, p.3). Por otro lado, se estimó que Armitage cumplió apenas con el 80% de sus propuestas como Alcalde (La Silla Vacía, 2019).

Salud sexual y reproductiva en el gobierno de Armitage

El gobierno de Armitage dio continuidad a los programas de la Línea de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, más específicamente aquellos dirigidos a la población adolescente, por medio de estrategias de Información Educación y Comunicación, en el marco de la coordinación transectorial, fortaleciendo la participación y las redes sociales de apoyo desde la investigación en el área, como se muestra a continuación:

Imagen 29. Líneas de acción sexualidad y derechos sexuales y reproductivos



Fuente. Tomado y adaptado de Alcaldía de Cali,2016

La Secretaría de salud en articulación con la Secretaría de Educación propiciaron eventos como el *Festival de la sexualidad*, dirigidos principalmente a los adolescentes escolarizados. Este tipo de eventos se programaron en escenarios públicos, como el Centro Cultural de la ciudad de Santiago de Cali, en los que se socializaba el programa de *Servicios Amigables* que estaban disponibles en las Empresas Sociales del Estado (ESE) y, en el que se contaba con invitados internacionales en diferentes temáticas, como por ejemplo, la ponencia de Florence Thomas, Psicóloga y Magíster en Psicología Social de la Universidad de París con la temática de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) en el año 2016.

Imagen 30. Promoción de la Línea de Salud Sexual y reproductiva de Cali



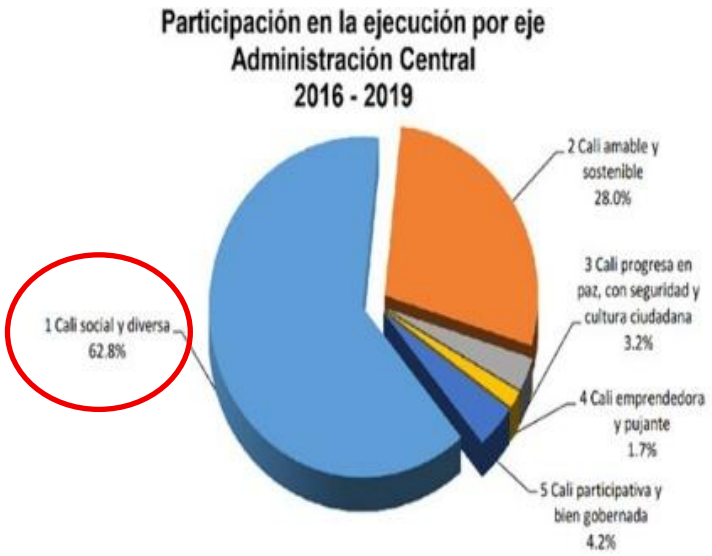
Fuente. Tomada de documento Secretaría de Salud de Cali.

En las narrativas del exalcalde, la agenda con jóvenes fue prioritaria, aunque desde una mirada problemática y desesperanzadora, que asoció a los jóvenes (entre 17 a 30 años) como los "cero futuros", y a quienes se refirió como los ninis, como se muestra a continuación:

> No solo los conozco, pues no a todos, pero conozco muchísimos, conozco su modo de pensar, te quiero decir cosas como esta: todos esos muchachos que fluctúan entre los 17 y los 30 años son muchachos con "cero futuro". Yo recuerdo que me decían a mi "Alcalde...con mis posibilidades de vida, si yo llegó a los 30 años me doy por bien servido" […]. Tenían un problema de hambre en su casa. Su mamá apenas se levantaba lo primero que le decía era: mijo vaya mire que consigue porque no tenemos pal almuerzo, de ahí nacieron los comedores comunitarios en "exceso" (Armitage Entrevista, 2019, min 34:27 a 35:08).

Armitage promovía una prioridad en la agenda social, lo que se reflejó en una mayor asignación del presupuesto municipal para el eje 1 "*Cali Social y diversa*" con 59.4% y con un 62.8 % de la ejecución municipal (Alcaldía de Cali, 2020, p.36) cómo se muestra a continuación:

Imagen 31. Participación en la ejecución por eje gobierno Armitage 2016-2019



Fuente. Tomado y adaptado de Alcaldía de Cali, 2021, p.36

Es importante considerar que la agenda de Salud Alimentaria de la ciudad fue una constante narrativa desde la candidatura de Armitage y creció desde este mismo Eje 1 con el *Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional*, con el que se configuró la Política Pública de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional de Cali (PPSSAN) en diciembre de 2019. Esta Política fue impulsada por grupos de presión, principalmente actores comunitarios que participaban de los comedores comunitarios. Esta tensión se vivió en la sede del Concejo de Cali, durante la sanción del acuerdo, previo a la pandemia.

Los comedores comunitarios han sido reconocidos como una iniciativa de asistencia alimentaria en la ciudad que ha aumentado gradualmente, pasando de 43 unidades con una entrega de 2000 raciones en el gobierno de Guerrero a 200 comedores con 35.903 raciones de alimentos y mejorando la cobertura hacia la zona rural durante el gobierno de Armitage, lo que constituyó la segunda inversión más alta en ayudas alimentarias, después de las asignadas al Programa de Alimentación Escolar (PAE), estas se reconocen como dos acciones centrales en la lucha contra la pobreza extrema (Alcaldía de Cali, 2020, p.108).

Una política decenal de juventudes para Cali en el gobierno Armitage

Uno de los aportes del gobierno de Armitage fue definir la Política Decenal de Juventudes de la ciudad, sancionada el 20 de noviembre de 2019, mediante acuerdo 0464 de 2019 estructurada en ocho ejes estratégicos: 1) Participación de los jóvenes en escenarios institucionales, sociales y comunitarios; 2) Capacitación y emprendimiento como medio para facilitar el acceso al mercado laboral; 3) Implementación de hábitos saludables y de autocuidado; 4) Prevención de la participación de los jóvenes en diferentes situaciones de violencia e ilegalidad; 5) Desarrollo de actividades culturales y deportivas; 6) Desarrollo de un ambiente sano; 7) Conocimiento y producción de información sobre los jóvenes y la implementación de la política de juventud; 8) Promover el acceso a una educación de calidad.

En esta política pública trabajaron tanto actores institucionales como actores juveniles articulados a la plataforma de juventudes de Santiago de Cali, que como se presentó anteriormente, se sustentó con la Ley 1622 de 2013 art. 60 modificado por la Ley 1885 de 2018 art.15), normativa con la que se modificó la frecuencia de sesión de las plataformas, que pasó de sesionar una vez al año a una vez al mes. De acuerdo con la norma, la Plataforma de Juventudes local y distrital debía estar conformada por diversos procesos, prácticas organizativas y espacios juveniles, registrado en la Personería local o municipal y con funciones claras sobre el acompañamiento y seguimiento al cumplimiento de las agendas de las juventudes desde el gobierno local.

Dentro de las narrativas relacionadas con la Política pública de Juventudes hubo más referencias sobre las cosas difíciles que las positivas, por ejemplo, varios de los entrevistados referían que esta política se realizó en corto tiempo:

> Eso fue una cosa meteórica en términos de la rapidez, porque había una afán, como al principio…teníamos poco tiempo… eso eran como de tres meses, el tiempo en el que había que sacar ese documento. Entonces eso se da a veces por la misma presión de los jóvenes. (P_AGIDc_SBS_004)

Además, se identificó el programa *Niños, niñas, adolescentes y jóvenes con oportunidades para su desarrollo*, orientado a promover los liderazgos colectivos, la

conformación de plataformas juveniles y la promoción de derechos y deberes en el marco de la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia y política pública de la juventud (Indicador 41010020007), asignado a la Secretaría de Bienestar social y que a la fecha tendría como línea de base 2.300 personas capacitadas a 2015, indicador que se cumplió al 100% al capacitar 19.812 personas, conforme se reportó en la evaluación de la Alcaldía entrante de Jorge Iván Ospina (Alcaldía de Cali, 2020, p.106).

Maurice Armitage asumió la Alcaldía de Santiago de Cali con un proyecto de renovación del gabinete municipal, dentro del cual se creó la Secretaría de Desarrollo Económico, para el fortalecimiento de actividades para la generación de empleo, ingresos y competitividad de los caleños. Desde esta dependencia, y con el apoyo de la Fundación Alvaralice y otras Organizaciones No gubernamentales (Alcaldía de Cali, 2018) se dio origen al programa *Rumbo joven* en el que se capacitaban jóvenes para el trabajo. No obstante, contradictorio a lo esperado, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) reportó que para 2019 la tasa de desempleo de Cali incrementó 1,0 punto porcentual frente a 2018 con 12,5%, afectando con mayor fuerza a los hombres y jóvenes entre 18 y 24 años (DNP, 2019, p.1). Esta brecha, sugiere la *atemporalidad interna de la política*, en la medida en que las acciones de las políticas no siempre responden con inmediatez y sus mecanismos de acción difieren en algunos casos con la velocidad, la magnitud y los tiempos de los problemas públicos o las poblaciones a las que se dirigen.

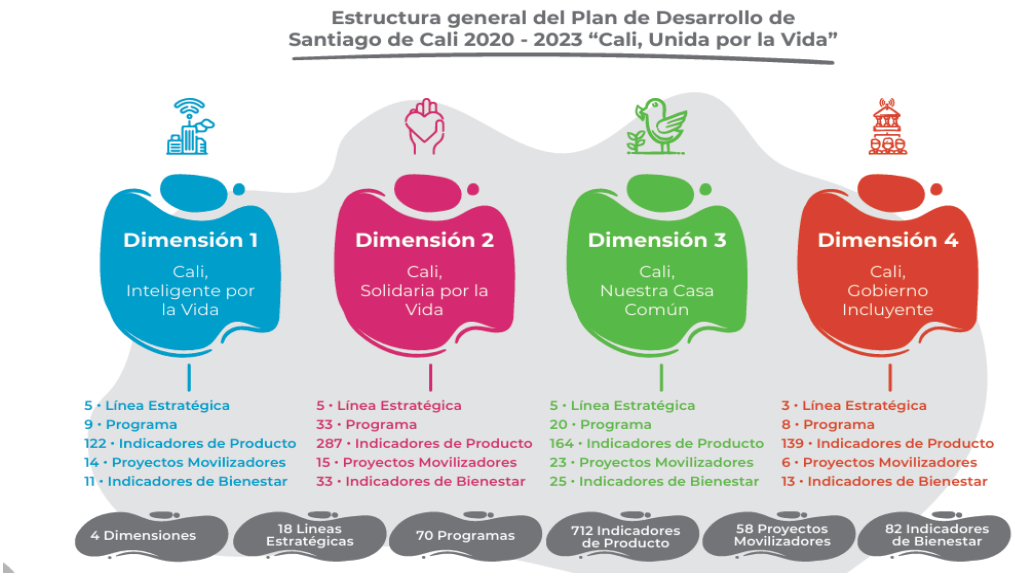
En síntesis, el gobierno de Armitage avanzó en la construcción de una agenda social y de salud estructuralmente más amplia, pero mantuvo limitaciones en la especificidad de la agenda de juventudes, con respecto a la diversidad de actores. Así las acciones en salud para juventudes presentaron dificultades en rastrearse debido a que no se cuenta con indicadores para juventud.

Agenda y actores en el gobierno de Jorge Iván Ospina Gómez 2020-2023

El plan de Desarrollo de Cali se proyectó articulado al Plan de Desarrollo Nacional en cuanto a la temática de la economía Naranja y es por tal razón que la agenda Distrital estuvo centrada en el fortalecimiento de la cadena de valor y de los actores pertenecientes al sector cultural, turístico y de servicios orientado a la promoción una

marca de ciudad (PDC_2020-2023 p. 50, 55) De hecho uno de los indicadores de interés refiere que se requiere el desarrollo de la marca Destino Turístico en Cali. (PDC_2020-2023 p. 50, 57). No obstante, llama la atención que en esta agenda en el desarrollo de la marca turística de la ciudad los indicadores para juventudes se relacionen desde el estigma como el Indicador 52020030004 Jóvenes vinculados a situaciones delictivas, intervenidos (Alcaldía de Cali, 2020, p.98).

Imagen 32. Estructura de Plan de Desarrollo de Cali "unidad por la vida" 2020-2023



Fuente. Tomado de Plan de Desarrollo Cali unida por la vida 2020-2023

En el gobierno de Jorge Iván Ospina se observó un mayor nivel de estructuración técnica y articulación de los indicadores de producto, metas, responsables con las líneas de base disponibles. Esta administración articuló de manera explícita la agenda distrital con la agenda internacional con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incorporando acciones relacionadas con salud y con la promoción de la participación de las juventudes.

Para este periodo político la solución de los problemas sociales se abordó por diferentes políticas públicas, de la misma manera aplicando las orientaciones nacionales de proyección decenal, con lo que Cali ya contaba con planes decenales para áreas como cultura y deporte que se articulaban a proyectos movilizadores provenientes de otros periodos de gobierno.

Para el gobierno de Ospina la agenda de Salud Sexual y Reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes se comprometió a:

- A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.
- Al 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años

- Aumentar a 2021 significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad).

Para esto se describieron las siguientes estrategias:

- ✓ Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad a adolescentes y jóvenes.

- ✓ Desarrollo de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes.

- ✓ Fomento de políticas y proyectos para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado y la atención integral de las víctimas.

- ✓ Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, con enfoque de derechos, de género y diferencial.

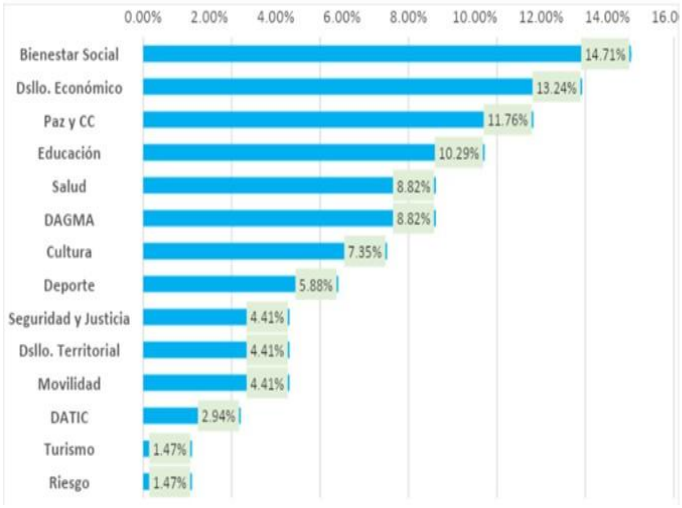
- ✓ Desarrollo de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes.

- ✓ Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, con enfoque de derechos, de género y diferencial.

- ✓ Fortalecimiento de los sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones

El observatorio de Políticas Públicas de la Secretaría de Bienestar Social representó los indicadores por organismo territorial en el cual Salud es el quinto actor con más indicadores (6) después de Bienestar social (10), desarrollo económico (9), paz y convivencia ciudadana (8) y educación (7) como se muestra a continuación:

Gráfica 5. Participación por organismo territorial en la PP de Juventudes de Cali



Fuente: Alcaldía Santiago de Cali, 2022, p.22

En este informe se presentó la desagregación de los proyectos por entidad así:

Tabla 22.Actor institucional distrital y proyectos de la política de juventud

Organismo	Número de proyectos (Fichas BP)
Secretaría Bienestar Social	4
Secretaría Desarrollo Económico	13
Secretaría de Turismo	2
Secretaría de Desarrollo Territorial y Participación Ciudadana	3
Secretaría de Salud	6
Secretaría de Paz y Cultura Ciudadana	
Secretaría Cultura	12
Secretaría de Deporte	3
Secretaría de Educación	7
DAGMA	5
Secretaría de Movilidad	2
Secretaría de Seguridad y Justicia	5
Secretaría de Gestión del Riesgo	1
DATIC	2
TOTAL	

Fuente: Alcaldía Santiago de Cali. 2022. p3

La discriminación por actor permite reconocer cuales indicadores relacionados con los modos de vida y por ende con la salud, estaban poco avanzados y que estaban por fuera del eje 3 de la política de juventudes. Así, como justificación del cumplimiento parcial de los indicadores de la Política de Juventud se reportó que:

1. A 2022 no se habían asignado recursos económicos a dos de sus proyectos. (Secretaría de Bienestar Social -SBS-)

2. Ausencia de una Ruta de atención y de ofertas de servicios para juventudes en situación de migración. SBS

3. Ausencia en la agenda de líneas de base con la situación actual de las juventudes, es decir, ausencia de un diagnóstico situacional sobre la población entre 14 y 28 años que se ha categorizado en esta investigación como un "desconocimiento de las cifras de Juventud de Cali" y que se ha presentado en los tres niveles de gobierno.

Tabla 23.Rubros destinados para la atención de las juventudes

No	Organismo	Proyecto	Rubro ejecutado corte 2022
1	Secretaría de Bienestar Social	Apoyo a los espacios juveniles de participación en el marco de la Política pública de Juventudes de Santiago de Cali BP26002652	$ 435.556.000
2	Secretaría del deporte y la recreación	Número de encuentros y competencias deportivas de los jóvenes apoyados Rutas de Vida BP26002498	$ 2.175.894.000
3	Secretaría del deporte y la recreación	Número de jóvenes participando en deportes, culturas urbanas y de nuevas tendencias Semilleros BP26002669	$ 392.091.000
4	Secretaría del deporte y la recreación	Número de eventos de deportes, culturas urbanas y de nuevas tendencias realizados a nivel distrital Semilleros BP26002669	$ 392.091.000
5	Secretaría del deporte y la recreación	Número de jóvenes participando en actividades deportivas Cali En Forma BP26002764 Team Cali BP26002831 -	$ 2.858.345.144
6	Departamento Administrativo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Jóvenes con acceso a una educación de calidad que contribuya a su desarrollo integral y la consolidación de su plan de vida Número de programas de formación para los y las jóvenes en el uso responsable de las TIC	$ 3.489.761.840
7	Departamento Administrativo	Jóvenes con acceso a una educación de calidad que contribuya a su desarrollo integral y la	$415.576.384

No	Organismo	Proyecto	Rubro ejecutado corte 2022
	de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	consolidación de su plan de vida Número de laboratorios fortalecidas y nuevos para capacitaciones en diseños de página web, robótica y electrónica, impresiones 3D, contenidos digitales y audiovisuales	
8	Secretaría de Salud	Número de estrategias de promoción de la vida y protección de la salud mental de adolescentes y jóvenes Fortalecimiento de la salud mental en el marco del modelo comunitario en Santiago de Cali" BP260030 87	$ 2.456.064.276
9	Secretaría de Salud	Número de estrategias de prevención, atención, reducción de riesgos y caos e inclusión social de jóvenes frente al consumo de SPA Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en el abordaje y el riesgo del consumo de sustancias psicoactivas en Cali". BP 260028 66	$ 6.782.642.985
10	Secretaría de Salud	Número de estrategias de promoción de la convivencia social y abordaje de la violencia familiar y basada en género en los y las jóvenes. Implementación de estrategias para la promoción de la convivencia, el fortalecimiento del tejido social y el abordaje de las violencias con perspectiva de género en Santiago de Cali" BP260027 02	$ 1.228.225.280
11	Secretaría de Salud	número de estrategias en salud para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes fortalecimiento en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en Santiago de Cali - año 2021. BP 260032 77	$ 3.339.146.773
12	Secretaría d– Salud	número de procesos de aseguramiento de jóvenes susceptibles de afiliación a la salud fortalecido. fortalecimiento de la gestión del aseguramiento en salud En Santiago de Cali. BP2600 2938	$ 198.580.000
13	Secretaría de Salud	número de estrategias de condiciones y hábitos de vida saludable para los y las jóvenes fortalecida fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional en Cali. BP 260030 55	$ 751.652.894
14	Secretaría de Educación	Consolidación de la estrategia Plan Talentos para los estudiantes de grado 10 y 11 de las IEO de Cali. BP26002994	$ 4.394.539.843
15	Secretaría de Educación	Consolidación de la estrategia Plan Talentos para los estudiantes de grado 10 y 11 de las IEO de Cali. BP26002796	$ 2.641.283.500
16	Secretaría de Educación	Implementación del programa de mediación escolar en las sedes educativas de Santiago de	$ 32.262.333

No	Organismo	Proyecto	Rubro ejecutado corte 2022
		Cali. BP26002688	
17	Secretaría de Educación	Mejoramiento de la práctica docente, la investigación y las experiencias significativas en las IEO de Santiago de Cali. BP26002943	$ 155.840.000
18	Secretaría de Educación	Número de programas que promuevan el respeto y reconocimiento de la diversidad étnica, por discapacidad, identidad de género y orientación sexual desarrollado Fortalecimiento de las IEO con apoyo psicosocial para la salud mental y prevención de los diferentes tipos de violencia en Cali. BP-26002703	$ 1.756.544.000
19	Secretaría de Educación	Número de estrategias garantizadas para el acceso y permanencia de los y las jóvenes en la educación básica, secundaria y media Fortalecimiento del acceso al sistema educativo oficial en Santiago de Cali. BP26003038	$ 108.499.918.426
20	Secretaría de Educación	Número de estímulos de educación superior para mejores bachilleres de Instituciones Educativas Públicas de Cali Implementación De Estrategias De Acceso A La Educación Para El Trabajo y/o Educación Superior Para Jóvenes De Santiago De Cali BP-26003898	$ 10.026.301.924
21	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento de los niveles de sofisticación de las micro, pequeñas y medianas empresas de la ciudad Santiago de Cali BP26003403 BP26003403/1/0 2/01/01	$ 86.263.009
22	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento a los emprendimientos y empresas de industrias culturales y creativas en etapa de incubación y aceleración de Santiago de Cali. BP26003079	$1.195.510.000
23	Secretaría de Desarrollo Económico	Formación en competencias laborales a personas vulnerables para el cierre de brechas con enfoque diferencial en Santiago de Cali BP26001356 de 2020	$ 681.577.600
24	Secretaría de Desarrollo Económico	Desarrollo de competencias laborales a personas con vulnerabilidad laboral para la empleabilidad en Santiago de Cali. BP26003134	$ 88.356.120
25	Secretaría de Desarrollo Económico	Desarrollo de laboratorios de innovación, emprendimiento y tecnología en la industria cultural y creativa de Santiago de Cali BP26003067	$ 44.500.000
26	Secretaría de Desarrollo Económico	Optimización del capital humano capacitado en Tecnologías de la Cuarta Revolución Industrial en la ciudad de Santiago de Cali. BP26003402	$ 28.406.000

No	Organismo	Proyecto	Rubro ejecutado corte 2022
27	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento para Asociaciones de recicladores de oficio en economía solidaria, desarrollo empresarial y competitividad en Santiago de Cali. BP26003436	$ 72.274.664
28	Sec. Desarrollo Económico	Construcción del Ecosistema de Innovación de Economía Circular en Cali. BP26003029	$ 20.000.000
29	Secretaría de Desarrollo Económico	Implementación de una estrategia de encadenamientos productivos en la ciudad de Cali BP26002737	$ 450.000.000
30	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento para Asociaciones de recicladores de oficio en economía solidaria, desarrollo empresarial y competitividad en Santiago de Cali. BP26003436	$ 72.274.664
31	Sec. Desarrollo Económico	Construcción del Ecosistema de Innovación de Economía Circular en Cali. BP26003029	$ 20.000.000
32	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento a empresas y emprendimientos en capacidades para el fomento de la economía circular en la Comuna 13. Cali. BP26003152	$ 28.612.000
33	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento en capacidades de innovación de las MiPymes en etapa temprana de la ciudad de Santiago de Cali. BP26003398	$ 219.112.800
34	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento a la promoción a nivel nacional e internacional, como destino de negocios de Santiago de Cali. BP26002871	$ 82.000.000
35	Secretaría de Desarrollo Económico	Fortalecimiento al ecosistema empresarial y social con enfoque diferencial y de género en Santiago de Cali. BP26002967	$ 168.281.000
36	Secretaría de Desarrollo Territorial y Participación Ciudadana	Número de jóvenes cualificados en el ejercicio del control social Eje 1No1 Fortalecimiento de las capacidades de gestión comunitaria para la participación ciudadana a grupos de valor en Santiago de Cali BP-26002837	$ 10.400.493
37	Secretaría de Desarrollo Territorial y Participación Ciudadana	Numero de procesos de formación realizados en liderazgo político y participativo a los y las jóvenes para la formulación de planes y programas, funcionamiento del Estado y Políticas públicas eje1 No2 Difusión de la Participación Ciudadana con la comunidad educativa en instituciones de Educación en Santiago de Cali. BP26001429	$ 25.728.000
38	Secretaría de Desarrollo Territorial y Participación Ciudadana	Espacios de planeación participativa a nivel de comuna o corregimientos donde los jóvenes tienen delegados EJ 1 No 7 Formulación de los planes de Desarrollo territoriales de Santiago de Cali. BP26002291	$12.864.000 $1.000.000.000
39	Secretaría de	Número de procesos de formación en	$ 156.140.258

No	Organismo	Proyecto	Rubro ejecutado corte 2022
	Gestión del Riesgo, la Emergencia y el Desastre	prevención del riesgo y desastres naturales y antrópicos generados por el hombre para los y las jóvenes realizadas.	
40	Secretaría de Seguridad y Justicia -SSJ	Proyecto Prevención de la vinculación de jóvenes a situaciones delictivas en Santiago de Cali BP-26003322	$ 200000.000
41	Secretaría de Seguridad y Justicia	Proyecto Prevención de la vinculación de jóvenes a situaciones delictivas en Santiago de Cali BP-26003 322	$ 482.412.282
42	Secretaría de Seguridad y Justicia- SSJ	Fortalecimiento y promoción de referentes juveniles que contribuyen a prevenir situaciones generadoras de violencia en la comuna 6 de Santiago de Cali. BP-26003 452	$245.912.501
43	SSJ	Prevención de la Vinculación de Jóvenes a Situaciones Delictivas en la Comuna 20 de Cali BP-26003 456	$ 324.000.000
44	SSJ	Prevención de la Vinculación de Jóvenes a Situaciones Delictivas en la Comuna 16 de Cali – BP-26003 320	$ 100.000.000
45	SSJ	Prevención de la Vinculación de Jóvenes a Situaciones Delictivas en la Comuna 12 de Cali – BP-26003 481	$ 150.000.000
46	SSJ	Prevención de la Vinculación de Jóvenes a Situaciones Delictivas en la Comuna 15 de Cali. BP-2600348340	$260.000.000 Pend. Ejecución
47	Secretaría de turismo	Número de jóvenes participando en las acciones para el reconocimiento del potencial y generación de rutas de las áreas urbanas y rurales de Santiago de Cali.	$0
48	Departamento Administrativo de gestión del medio ambiente	No. De estrategias de fortalecimiento a actores juveniles ambientales en la zona rural y urbana de Santiago de Cali Fortalecimiento de colectivos ambientales en prácticas ambientales, educativas y culturales en Santiago de Cali. 26002806	$ 189.849.600
49	departamento Administrativo de gestión del medio ambiente	No. De jóvenes de las instituciones educativas que han prestado el servicio social obligatorio a través de las redes colaborativas en los procesos de gestión ambiental comunitaria Fortalecimiento de colectivos ambientales en prácticas ambientales, educativas y culturales en Santiago de Cali. 26002806	$ 189.849.600
50	departamento Administrativo de gestión del	No. De estrategias diseñadas e implementadas para la participación de los jóvenes en el SIGAC Fortalecimiento a instancias de participación	$ 184.770.584

No	Organismo	Proyecto	Rubro ejecutado corte 2022
	medio ambiente	comunitaria para la gestión ambiental en Santiago de Cali. 26002805	
51	departamento Administrativo de gestión del medio ambiente-DAGMA	.4 No. De espacios generados para los jóvenes interesados en temas ambientales como intercambio de saberes, foros, seminarios y conferencias Fortalecimiento de colectivos ambientales en prácticas ambientales, educativas y culturales en Santiago de Cali. 26002806	$ 189.849.600
52	DAGMA	Implementación de acciones para la conservación de los humedales de Santiago de Cali. 26002597	$ 8.500.000
53	DAGMA	Fortalecimiento del sistema municipal de áreas protegidas y estrategias de conservación - SIMAP Santiago de Cali. 26002596	$ 11.200.000
54	DAGMA	No. De estrategias de educación ambiental de forma virtual en la población juvenil con diversidad funcional y etnias diseñada e implementada Fortalecimiento de colectivos ambientales en prácticas ambientales, educativas y culturales en Santiago de Cali. 26002806	$189.849.600
55	Secretaría de Movilidad	Mejoramiento de los comportamientos en seguridad vial para los actores de las vías en el municipio de Santiago de Cali. BP.02033193	$ 509.737.990
56	Secretaría de Movilidad	Capacitación en buenas conductas y prácticas de movilidad segura a los actores viales en Cali Realizar y diseñar las capacitaciones a estudiantes, docentes, y comunidad educativa en normas de tránsito, valores y hábitos que priorice los modos de movilidad sostenible y de manera segura. BP-26003046	$ 149.426.664
57	Secretaría de Movilidad	Realizar seguimiento y acompañamiento en la implementación de planes de movilidad escolar BP-26003046	$ 23.970.080
58	Secretaría de Movilidad	Realizar encuentro de experiencias entre las instituciones educativas intervenidas BP-26003046	$ 97.088.329

Fuente. Elaboración propia

Con respecto a la salud física y deportiva para el Distrito de Cali, se identificó que desde la Secretaría de deporte y recreación se asignaron cuatro indicadores que se cumplieron en forma sobresaliente y satisfactoria y se resaltó aquellos vinculados a la participación en actividades deportivas de *nueva tendencia* como lo son: Street Jam, Go Skate Day, Ingenio Dirt Jump Jam y Skate Park y la promoción de la cultura urbana (Alcaldía de Cali, 2022, p.9).

En materia de salud ambiental, el gobierno de Ospina abordó la comprensión del medio ambiente como bien común, por ende, aunque los indicadores son generales se reconocen en esta investigación como parte de la agenda de juventudes por los efectos que tienen en los modos de vida. Esta salud ambiental se materializó a través de la Dimensión 3 del PDD, desagregada en cinco líneas estratégicas con 20 programas, orientados a la promoción de la sostenibilidad ambiental y la articulación equilibrada entre la economía y la naturaleza, reconociendo todas las formas de vida, específicamente *con el programa 203003 Salud Ambiental territorial* promoviendo *Entornos Saludables*.

Desde esta perspectiva de *Entornos saludables*, es necesario proponer que los documentos de política pública no son los únicos *instrumentos de política* que benefician a las juventudes, así, es necesario reconocer que en el gobierno distrital existen los denominados Proyectos movilizadores (PM)[71], en los que se describen acciones que suman a la agenda de juventudes, incluidas acciones que pueden beneficiar sus modos de vida y por ende su salud. Así, este gobierno contó con 54 proyectos movilizadores, con indicadores de Bienestar (I.B) y con Indicadores de Producto (IP), dentro de los que se destacan el PM 52020020009 juegos deportivos y recreativos del sector educativo en comunas y corregimientos; así como el PM 52020020010 jornadas de Ciclovía realizadas actores Secretaría del deporte y la Recreación (Alcaldía de Cali, 2020, P.97)

Experiencia juvenil en condición de Víctima del Conflicto Armado (VCA)

Para 2014, Cali fue la tercera ciudad en la que se localizó la población víctima del conflicto armado con 131.489 personas que representaron el 4.6%. De estos el 12.9% eran personas entre 12 y 18 años y 24.1% juventudes entre 18 y 28 años. Si bien, en este periodo no se desagregó el curso de vida, se describió que de las personas que pertenecían a esta condición, 214.360 se ubicaron en Cali, 116.926 eran mujeres y 97.258 hombres; incluso en las narrativas se visibilizó más un enfoque de género en la descripción de las personas, indicando que 172 hacían parte de la población LGTBI, 3 eran Intersexuales y 1 no informó (OPS en Alcaldía de Cali, 2023, p. 8).

[71] Estos pueden estar presentes dentro del plan de acción de una política pública, o ser parte de la agenda distrital sin articularse a ninguna política, se mencionan pues sus acciones tributan a los objetivos de estas políticas aun cuando parezcan desarticulados.

Para este periodo de gobierno se declaró tácitamente en el programa 203001 *Salud pública integral, una realidad en los entornos de vida cotidianos*, centrado en dos líneas, la de Salud mental y la convivencia social; y la de vida saludable y enfermedades transmisibles. En este caso, la agenda en salud pública se denominó integral y con respecto a la juventud, se identificó el Proyecto movilizador P.M.52030011 enfocado al proyecto de Ley de la política integral de prevención y atención para el consumo de SPA del nivel nacional. Así, el nivel distrital asoció la agenda de juventudes a los comportamientos de riesgo, dejando de lado el fortalecimiento del proyecto de vida o una agenda centrada en potenciar sus capacidades.

Como en otros gobiernos y en los tres niveles, la caracterización de las juventudes de Cali fue un insumo pendiente para las decisiones en política pública de Juventudes, más específicamente para el componente de Jóvenes denominado: *implementando prácticas saludables y de Autocuidado para su bienestar psicológico, físico y sexual*, que está incluido en la Política Pública de Juventudes de Cali y, que se amplía a continuación:

> *Política pública de Juventudes Eje 3: Jóvenes implementando prácticas saludables y de autocuidado para su bienestar integral*

El acuerdo 0464 de 2019 presentó en su introducción parte de la definición de agenda para las juventudes de Cali y en la que participaron 298 jóvenes en las mesas zonales de discusión en las zonas Norte, Oriente, Centro y Ladera. Esta política, fue ajustada “por relevancia de los temas para la institucionalidad” como: barreras de acceso y permanencia en el mercado laboral, las enfermedades de salud mental, el embarazo en adolescentes, el difícil acceso a una educación de calidad y el sometimiento a diferentes formas de violencia, especialmente los homicidios (Acuerdo 0464 de 2019, p1).

El acuerdo refirió la necesidad de:

> “actualizar y poner en marcha la Política pública de Juventudes, con el propósito de hacer de Santiago de Cali una ciudad más amigable para las y los jóvenes, con un ambiente que favorezca la convivencia, la identificación d, pertinencia e integración de la zona rural y urbana; fortaleciendo la salud, el empleo, la

> recreación, la educación, la cultura y demás necesidades que tiene esta población (Acuerdo 0464 de 2019, p1)".

El documento de Política de Juventud de Cali declaró directamente una situación que sucede con frecuencia en la configuración de las políticas públicas en general y no solo en las de juventudes y es que, si bien, se generan procesos de concertación en los que los diferentes actores listan las temáticas de interés, estos no siempre llegan a la agenda pública. Por este motivo en 2023, los representantes de las juventudes de Cali publicaron el mandato Juvenil de desarrollo distrital de Cali para el gobierno de 2024-2027, que se ampliará más adelante, por lo pronto se presentar las narrativas de la Alcaldía de Ospina con respecto a la agenda de Jóvenes.

Durante la evaluación, la secretaría de salud de Cali tuvo un cumplimiento sobresaliente en indicadores de estrategias de *promoción de la salud mental*, *consumo de Sustancias Psicoactivas*, *violencia y convivencia basada en género y juventud*, estrategias en salud para la *promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, *aseguramiento y afiliación al sistema de salud* y finalmente promoción de los estilos de vida saludable.

De igual forma, la Secretaría de Educación presentó niveles satisfactorios del cumplimiento, sin embargo, una narrativa frecuente en los documentos distritales, así como en las entrevistas de los representantes de las juventudes, fue que los representantes de esta entidad tuvieron baja asistencia a los espacios colaborativos de discusión de las problemáticas de Juventud.

Después de revisar las acciones de esta secretaría se identificó que las acciones de salud desarrolladas en el entorno educativo estuvieron focalizadas principalmente en los últimos grados de educación, es decir, secundaria grados decimo (10°) y once (11°). Lo anterior, sugiere que como se ha reiterado en esta investigación, existe una situación de oportunidad en las juventudes cuando se está escolarizado, no hay datos disponibles sobre la participación concreta de la población entre 14 y 28 años, ya que, en este entorno no participan muchas personas entre 18 y 28 años (mayores de edad). Pero incluso con respecto a las juventudes entre 14 y 17 años, no todos asisten al colegio pues se reportó que apenas el 86.7% de hombres y 88,5% de las mujeres entre 12 y 17

años asistieron; mientras que aquellas entre la asistencia en personas entre 18 y 24 años fue de 39.5% de mujeres y de 35.2% en hombres. (DANE, 2022, p.11)

Es importante precisar que dentro de la agenda de la Secretaría de desarrollo territorial y participación ciudadana, los proyectos relacionados movilizaron acciones a diferentes poblaciones, incluida la población de jóvenes, y que el recurso informado es una aproximación realizada del recurso utilizado hacia esta política.

Sin embargo, como los indicadores disponibles estuvieron dirigidos a la población en general de Cali, es importante destacar que promover la participación en los diferentes cursos de vida implica también desarrollar metodologías y actividades dirigidas y adaptadas por grupo poblacional, ya que, los mecanismos y procesos que se realizan con la población adulta de la ciudad puede que se distancien de la comprensión que las juventudes necesiten y requieran, incluso, los espacios y los discursos que se promovieron o instalaron condicionan la conexión o la distancia entre el público joven y los espacios de participación. Por ende, en un proceso de participación y más en la configuración de una política de juventud, es pertinente que los indicadores se discriminen para las poblaciones involucradas (ejemplo adulta y juventudes), ya que, tiene diferentes modos de vida, itinerarios, intereses y móviles, lo que implica inversiones económicas y uso de espacios diferentes para garantizar una participación con perspectiva de derecho y de curso de vida.

Para el caso de Cali se identificó un documento técnico denominado Observatorio del deporte, la recreación y la actividad física de Santiago de Cali (ODRAF) desde 2017 y hasta la fecha de esta investigación recopila en la página de la alcaldía cifras relacionadas con la *Ciclovida*, las carreras programadas en la ciudad y los diagnósticos por comuna en función de este último.

Por su parte la Secretaría de Seguridad y justicia tuvo un cumplimiento total de indicadores, su agenda estuvo focalizada en la promoción o implementación del delito y el modelo de prevención de la violencia lo que indica que desde la seguridad aún se percibió o se relacionó a las juventudes como “delincuentes”, ya que si bien se especifica la necesidad de rutas, la narrativa de actor delictivo articulada a la prevención del delito

posiciona la experiencia juvenil en un itinerario delictivo, por lo que se requiere que desde la perspectiva de seguridad y justicia el discurso se haga desde una mirada reivindicativa.

Un actor determinante en la agenda de juventudes de la ciudad fue la Secretaría de Movilidad de Cali quien tuvo dos indicadores para el entorno escolar, que influye en la determinación de la mortalidad y/o la discapacidad adquirida en las juventudes, pues desde el año 2020 con la caracterización de las y los jóvenes en la ciudad de Santiago de Cali "Ruta o Pacto por la Juventud" la Secretaría de Bienestar Social identificó que dentro de las muertes por causas externas en personas entre 14 y 28 años los accidentes de tránsito (11.82%) ocuparon el segundo puesto después de los Homicidios (83.23%).(Alcaldía de Cali,2020,p.27). Desafortunadamente, con respecto a los reportes de indicadores para juventudes en los documentos de Análisis de situación en Salud de Cali para 2023, las lesiones por accidente de tránsito aunque importantes en la ciudad fueron catalogados como un tema de baja priorización, lo que seguramente puede determinar que no se perfilen acciones con respecto a los accidentes de tránsito y la salud de las juventudes, como por ejemplo, considerar los años de vida Potencialmente perdidos -AVPP- que son aquellos que dejan de vivir las personas que mueren prematuramente, con base en la expectativa de vida definida por el DANE para Colombia, ni tampoco, los cambios de la experiencia juvenil en los casos de una condición de discapacidad adquirida producto de un siniestro vial.

Imagen 33. Priorización y magnitud ASIS participativo 2023

Problemas	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención	Priorización
Lesiones por accidentes de tránsito, Adolescencia y Juventud	Baja	Baja	Muy Alto	Alto	Alto	Baja

Fuente. Tomado del Análisis Situacional de Salud participativo Cali- ASIS-2023, Cali, p.270

Ya el instituto nacional en 2019 había analizado la situación de discapacidad y mortalidad causada por lesiones de tránsito para Cali reportando que, entre 2003 y 2013 del total de muertes por lesiones de tránsito, el 28.4% correspondió a personas entre 10 y 29 años, siendo mayor la mortalidad durante los fines de semana, en el mes de diciembre y de personas entre 20 y 29 años. Estos jóvenes eran motociclistas y peatones (Chaparro

Narváez P et al, p.708). Además, para 2021, el Informe de Juventud y siniestralidad vial reportó que, 42.6% de las víctimas de accidente de tránsito entre 2010 y 2016 fueron personas entre 16 a 29 años, principalmente hombres con 29.3% y 13.3% mujeres (OPS, UNFPA, 2021, p.43). Entonces, se debe considerar que desde una perspectiva de Salud comprender y atender las acciones viales cuentan sobre los desenlaces de salud y más si se sabe que el 11% de la discapacidad fue generada por accidentes de esta clase (Consejo de Cali, Comité municipal de discapacidad-CMD,2023).

Muy a pesar de que se reconoce que la salud de las juventudes es un resultado de la articulación de diferentes acciones transectoriales de los territorios, sigue siendo el área asistencial, sanitaria y de salud pública un actor principal gubernamental que se ha relacionado con la responsabilidad de ocuparse de la salud de las juventudes, así, dentro de las acciones desarrolladas en el último trienio de este análisis se identificaron en las actas e informes referidos por las entidades siete (7) líneas importantes a saber:

1. Cualificar en el ejercicio del control social a los y las jóvenes.
2. Fortalecer las estrategias de promoción de la vida y protección de la salud mental de adolescentes y jóvenes.
3. Implementar estrategias de prevención, atención, reducción de riesgos y caos e inclusión social de jóvenes frente al consumo de SPA.
4. Desarrollar estrategias de promoción de la convivencia social y abordaje de la violencia familiar y basada en género en las y los jóvenes.
5. Fortalecer une estrategia en salud para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes.
6. Fortalecer el proceso de aseguramiento de las y los jóvenes susceptible de afiliación a la salud
7. Fortalecer una estrategia de condiciones y hábitos de vida saludable para las y los jóvenes.

Con respecto a esta agenda, se debe declarar nuevamente que el aliado principal de la Secretaría de Salud en función de operativizar la agenda de salud Municipal fue el Sector

educación. No obstante, si bien, las acciones en salud se operativizan en el entorno escolar, sus acciones se focalizaron principalmente en juventudes que cursaban grado 10 y 11. Esto demuestra acciones que no se dirigen plenamente a las personas entre 14 y 28 años, se dirigen principal a los adolescentes. Así, tampoco se reconocen acciones que vincularan las juventudes de Cali con itinerarios por fuera de la escolarización, bien fuera porque su experiencia juvenil se desarrolló fuera del sistema educativo distrital, o bien por que estando escolarizado tuviera deserción escolar. Este dato no es menor, si se sabe que para 2023 la deserción escolar fue de 6.24% (Secretaría de Educación Distrital, 2023, p.30), lo cual, requiere una acción progresiva e incluyente para juventudes mayores de 18 años y por fuera del entorno escolar.

Además, esta situación tampoco contempló a las juventudes que estando escolarizadas y teniendo entre 14 y 28 años cursaran grados escolares inferiores, como por ejemplo 8° o 9°, o incluso los grados Ciclos Lectivos Especiales Integrados (CLEI) [72] diseñados para adultos con extraedad[73] y que en Cali, se han caracterizado desde la Subsecretaría de Cobertura Educativa con las jornadas nocturnas y sabatinas mediante metodologías como la de Tejiendo Saberes, centrada en el fortalecimiento de los proyectos de vida en 67 Instituciones Educativas Oficiales, de las cuales nueve estaban ubicadas en la zona rural de la Ciudad. (Alcaldía de Cali,2022) y que conforme reportó la Secretaría de Educación de Cali para 2023 se encontraban matriculados aproximadamente 2090 personas entre jóvenes y adultos (Secretaría de Educación de Cali, 2023).

Adicionalmente, la Secretaría de Educación era responsable del 100% de la educación de los jóvenes que hacen parte del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA) y quienes para 2022 representaban 361 personas, con medidas no privativas o de privación preventiva de la libertad, que están institucionalizados en espacios como el *Centro Valle de Lili* y el *Buen Pastor* en la ciudad de Cali y dentro de los cuales se asignaron 10 docentes del distrito de Cali por cada centro. (Secretaría de Educación de Cali, 2023, p.5). Sin embargo, las tensiones internas relacionadas con fronteras invisibles

[72] Los Ciclos Lectivos Especiales Integrados son unidades curriculares estructuradas, equivalentes a determinados grados de educación formal regular; con objetivos y contenidos pertinentes, debidamente seleccionados e integrados de manera secuencial para el cumplimiento de logros propuestos en el Proyecto Educativo Institucional (PEI). (Ministerio de Educación Nacional, *s,f*) https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-87080.html
[73] La extraedad es el desfase entre la edad y el grado y ocurre cuando un niño o joven tiene dos o tres años más, por encima de la edad promedio, esperada para cursar un determinado grado(Ministerio de Educación Nacional, *s,f*) https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-82787.html

dentro de los centros de atención, la desmotivación de las juventudes, las decisiones administrativas de orden de aislamiento por intentos de motines, así como el consumo de SPA determinaron con frecuencia la suspensión de las clases.

Ahora bien, siendo muy importante el desarrollo de esta agenda para las juventudes de la ciudad de Cali, es relevante mencionar que se identificó que las juventudes rurales se dejaron de lado, es decir, la agenda rural ha sido desatendida, incluida la agenda de salud. Así por ejemplo, para la línea de los consejos de juventud, se realizaron sesiones desde plataformas digitales, aun cuando apenas 7 de los 15 corregimientos de Cali contaban con Wifi gratuito, tanto así que el Concejo de la ciudad calificó al Distrito de Cali como: “la ciudad con menos zonas wifi gratuitas”, solicitando en marzo de 2025 ampliar dicha infraestructura (Concejo de Cali, 2025).

Esta situación de la zona rural era reconocida desde el año 2021, por lo cual, se reitera la importancia de la caracterización de los modos de vida de las juventudes y establecer indicadores que vinculen la población juvenil urbana y rural de Cali, ya que para este gobierno apenas se realizaron actividades en el corregimiento del Saladito. Las acciones en la zona rural son determinantes, más cuando por ejemplo, en la temática de salud sexual y reproductiva del país, las zonas rurales presentaron un aumento del 50.8% de los nacimientos entre niñas de 10 a 14 años, mientras que para las mujeres entre 15 a 19 años el aumento fue del 12.1%, pasando de 3.151 en 2020 a 3.532 en 2021 (Profamilia, 2022, p.4-5)[74]. De igual forma, aunque en Cali en 2022 los embarazos bajaron a 13.2 % en contraste con 2019 que estuvieron en 18.4% (Alcaldía de Cali, 2022), continúan la necesidad de fortalecer estrategias para una agenda integral de salud, orientada a los derechos sexuales y reproductivos para las juventudes rurales.

Como hito importante se destacó la gestión del proceso de conformación de los consejos municipales de juventud, la sensibilización previa y el montaje logístico y técnico para que se sucedieran las jornadas deportivas como difusión de la agenda juvenil.

[74] No se incluyen las cifras de este informe para 2022 considerando que estos fueron referenciados como datos preliminares para el momento de la publicación del informe.

Secretaria de salud de Cali como actor institucional que centraliza la agenda de salud de las juventudes.

A nivel distrital se contaba con diferentes entidades que desarrollan acciones para garantizar el derecho a la salud de las personas entre 14 y 28 años. Considerando que el área asistencial representado en la Secretaría Distrital de Salud es la primera que despliega acciones en diferentes entornos, principalmente en el educativo que, como hemos mencionado anteriormente es actor clave para la implementación de las estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se solicitaron los reportes a esta entidad de las acciones entre 2012-2021 para población entre 14 y 28 años. Así, la Secretaria de salud de Cali remitió el informe de sus acciones en el marco de la política de juventud, más específicamente del componente salud y que se presenta a continuación.

El observatorio de Políticas Públicas de la Secretaría de Bienestar Social representó los indicadores por organismo territorial en el cual Salud es el quinto actor con más indicadores (6) después de Bienestar social (10), desarrollo económico (9), paz y convivencia ciudadana (8) y educación (7) como se muestra a continuación:

La discriminación por actor permite reconocer cuales indicadores estaban a la fecha poco avanzados y que impactan los modos de vida y por ende el componente de salud si bien esta salud no se haya visto en ejes diferentes al No 3 de la Política y se muestran a continuación:

Dentro de la Justificación del cumplimiento parcial de los indicadores de la Política de Juventud se identificaron:

1. A 2022 se identificó que no se habían asignado recursos económicos a dos de sus proyectos. (Secretaría de Bienestar Social -SBS-)

2. Falta de una Ruta de atención y ofertas de servicios para juventudes en situación de migración. SBS

3. Ausencia en la agenda de líneas de base con la situación actual de las juventudes, es decir, ausencia de un diagnóstico situacional sobre la población entre 14 y 28 años que se ha categorizado en esta investigación como un “Desconocimiento de

las cifras de Juventud de Cali" y que se ha presentado en los tres niveles de gobierno.

No se implementó el apoyo y fortalecimiento a los jóvenes en tecnología, cultura, arte y turismo. Tampoco se fomentaron las unidades productivas en articulación con el sector empresario, ni con gremios. Lo anterior, representaba desde una mirada del modelo de DSS un aporte para el proyecto de vida de las juventudes, fomento de competencias para la generación de ingresos económicos como determinante en el derecho a la salud.

Como hito importante se destacó la gestión del proceso de conformación de los consejos municipales de juventud, la sensibilización previa y el montaje logístico y técnico para que se sucedieran las jornadas deportivas como difusión de la agenda juvenil.

Por su parte, la Secretaría de Seguridad y justicia tuvo un cumplimiento total de indicadores, su agenda estuvo focalizada en la promoción del modelo de prevención de la violencia y el delito y dentro de los indicadores para jóvenes, desde una mirada de seguridad, aún persiste una comprensión de la experiencia juvenil en un itinerario delictivo.

Propuesta de contraste de Narrativas

No	Indicador de la Política pública	Oportunidad de narrativa
1	# de actividades para la promoción o implementación de rutas de atención y prevención del delito donde se involucren a jóvenes.	# de actividades para la promoción o implementación de rutas de atención y reconocimiento de la ley donde se involucren a jóvenes.
2	# de jóvenes formados para la prevención situacional del delito en zonas vulnerables	# de jóvenes formados para reconocimiento de los derechos y deberes sociales para el cumplimiento de la ley en zonas vulnerables

Fuente. Elaboración propia

Lo anterior, es determinante e impacta la forma como el talento humano de los equipos del sector de seguridad y justicia reconocen a la población joven, al relacionar la categoría de delito con las actividades relacionadas con el indicador esto puede recrear un significado que permea la configuración de las políticas, los programas y proyectos en los que se vinculan las juventudes.

Esta temática en adición con la inoperancia de los indicadores de la Política de Juventud en el Análisis de situación en Salud de Cali para 2023, para las juventudes se calificaron a las lesiones por accidente de tránsito que teniendo un trascendencia muy alta, correspondía a un tema de baja priorización, lo que seguramente puede determinar la esfera de la salud de las juventudes como por ejemplo los Años de Vida Potencialmente perdidos (AVPP), que son aquellos que dejan de vivir las personas que mueren prematuramente, con base en la expectativa de vida definida por el DANE para Colombia.

Es importante considerar los efectos de la priorización de las problemáticas en salud de las juventudes, la metodología y los criterios que llevan a que un problema que es crítico en la salud de las juventudes pase a ser de baja prioridad para la intervención. Con respecto a dichos procesos de priorización, la metodología de semáforo para los Análisis de situación de salud (ASIS), para la actualidad (2025), ya se denominan participativos y nada más importante que la diversidad de actores que confluyan en estos espacios. La diversidad de actores bien sea actores políticos, gubernamentales, sociales o comunitarios, garantiza que diferentes intereses sean tenidos en cuenta para la priorización en la escala definida.

Desde el distrito de Cali los documentos técnicos refieren la categoría diversidad funcional para dar cuenta de la situación de discapacidad o las capacidades diversas de las juventudes de la ciudad y atribuyen que la atención a esta condición era propiciar espacios virtuales. Lo anterior, se puede analizar como si para la entidad solo se reconociera la discapacidad física como una situación que afecta el desplazamiento de un lugar a otro, en cambio, se evidencia que no se reconocen otros tipos de discapacidad más allá de la física y esa física que implica asistir a un lugar presencial. Lo que sugiere dos aspectos:

1. Se requiere que las actividades, estrategias, programas y proyectos, así como las entidades y actores que se vinculen para trabajar con las juventudes: “requieren un entrenamiento/ capacitación/requieren fortalecer su perspectiva de juventudes”.

2. Aún se necesita trabajar en la mirada reduccionista de lo que es la discapacidad, las clasificaciones disponibles y aquellas que son más comunes en la experiencia juvenil para la juventud de Cali.

Se identificaron narrativas de los actores vinculados a la agenda de juventud en las que se indagaba por los mecanismos requeridos para que las estrategias de salud llegaran también a la ruralidad como se muestra a continuación:

> *¿cómo es la estrategia para que servicios amigables lleguen a los jóvenes de la ruralidad y a los jóvenes no escolarizados?; ¿Y en la zona rural cómo están llegando?* (D110: Acta61 4to bloque comisión concertación).

Y con respecto a la repuesta, se identificó la constante precariedad en la atención de las juventudes rurales, pues las acciones referidas correspondían a situaciones incidentales promovidas desde "*el voz a voz" "demanda inducida*" realizadas en puestos de salud y parques. Lo anterior propone limitaciones en la adaptación de estrategias con perspectiva de juventud en la ruralidad.

De igual forma, aunque no se puede indicar que las juventudes fueran centrales como actores sociales en el distrito de Cali, se reconoce para este último trienio una visibilización de la agenda de juventudes en las que se reconocieron 65 indicadores de producto que además de mencionar población adolescente vinculaban la agenda juvenil (Ver anexo 06), situación que no se identificó en el mismo periodo en el nivel nacional y departamental.

Narrativas de la Política pública de juventud y la agenda de salud para Cali

El proceso de configuración de la Política pública de Juventudes-PPJ- en Cali se ha tramitado desde el 2006 con el Decreto 0945 dando alcance a la Ley 375 de 1997 específicamente al artículo 15 en el que se indicó la responsabilidad que tenía el nivel municipal de garantizar programas, proyectos que tuvieran: "como finalidad el servicio a la sociedad; la vida, la paz, la solidaridad, la tolerancia, la equidad entre géneros, el bienestar social, la justicia, la formación integral de los jóvenes y su participación política" (Alcaldía de Cali, Decreto 0945 de 29 de dic 2006, p.1)

La PPJ de Cali contempló la salud desde una perspectiva de derecho en la que se vincularon narrativas de salud integral (física y mental) y que dentro de sus lineamientos se propuso garantizar para los jóvenes el acceso al sistema general social de salud , a la atención, medicamentos, referencia y contrarreferencia efectiva “con calidez”, así como promover instrumentos de política para prevenir la enfermedad, proteger la salud, los tratamientos y la rehabilitación de “los principales procesos” que deterioraban la salud. Además, determinó “Fomentar el monitoreo continuo de los indicadores sobre los principales procesos que deterioran la salud de los y las jóvenes como: nutrición, consumo de sustancias psicoactivas, sexualidad, salud mental, entre otros, con el fin de proyectar las acciones que permitan mejorar estilos de vida que impacten positivamente estas situaciones” (Alcaldía de Cali, Decreto 0945 de 29 de dic 2006, p.12).

Desde esta narrativa se identificó que la agenda de salud planteada en la PPJ reconoció aspectos como: nutrición, consumo de sustancias psicoactivas, sexualidad, salud mental, pero además aunque no se declaró en el capítulo de salud, un factor de interés declarado fue la temática de la violencia como factor determinante de los desenlaces en salud en los jóvenes y que hizo parte de los alcances de los lineamientos generales de la Política en conjunto con la paz, el respeto y la convivencia. De igual forma, en la caracterización de aspectos de juventudes y salud la PPJ centró los datos en aseguramiento de la población entre 14 y 28 años en el sistema de salud, acceso a las consultas y el eje salud mental desde los diagnósticos y trastornos mentales, así como el suicidio y la tasa de fecundidad, pero no se presentaron datos de la situación alimentaria y nutricional de las juventudes, como tampoco se muestran datos de los motivos de consulta. Esto, demuestra que si bien se reconocen aspectos por fuera de la agenda tradicional de salud para juventudes salud sexual y reproductiva, para el nivel distrital la salud mental ya se tenía priorizado incluso desde la política de Juventud componente de Salud, en cambio se abandonaron aspectos como la nutrición y los motivos de esas consultas a las que los jóvenes accedieron.

Con respecto al componente de participación desde el nivel Distrital esta política incluyó dentro de sus principios la Participación con decisión que: “Busca que los y las jóvenes hagan parte en el diseño de la implementación y evaluación de las diferentes acciones

orientadas a ellos y ellas (Alcaldía de Cali, Decreto 0945 de 29 de dic 2006, p.3)".De igual forma, la misma narrativa se definió como segundo lineamiento: "brindar las condiciones sociales, políticas y culturales y los escenarios de encuentro, que garanticen la participación cualificada de los y las jóvenes en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos de interés juvenil que estén dirigidos a ellos y ellas Alcaldía de Cali, Decreto 0945 de 29 de dic 2006, p.6)". en el considerando se exalta que las políticas de salud mantienen, definen o excluyen acciones orientadas para juventudes, con lo cual en los PTS territoriales, deben incluir perspectiva juvenil para además de entenderse titulares de derecho, se reconozcan como agentes de su desarrollo.

Modelos de priorización y su impacto en la agenda en salud de las juventudes

El país cuenta con un modelo de priorización con el que se espera tomar las decisiones con la mayor evidencia sustentada en datos de los problemas en salud de las poblaciones, su magnitud y por ende su entrada prioritaria a la agenda en salud por curso de vida y lo referente a recursos económicos, y demás para atender esta situación como problema público. Esto desde el Ministerio de Salud de Colombia más específicamente desde la Dirección de Epidemiología y Demografía en salud (Ministerio de la Protección Social, 2010). Adicionalmente, cada territorio tiene acceso a la guía metodológica para la implementación del ASIS, en el que la participación de los grupos representativos de los actores sociales existentes en el municipio por la metodología de grupos y plenarias sustentando que las cifras de los desenlaces de salud por curso de vida se reportan en función de:

-El problema central (muerte, enfermedad o derivado de prácticas inadecuadas)

-El por qué en la familia, en la comunidad y sus actores, en los servicios de salud.

-Los efectos visibles si el problema persiste: ¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo los evaluamos? (Ministerio de la Protección Social, 2009)

Así, desde una articulación con los actores sociales y asistenciales, la priorización se debía realizar por medio de una matriz y posterior a un consenso, es decir por un acuerdo producido por consentimiento entre todos los miembros de un grupo. En este momento de la definición de prioridades de salud se consideraba la frecuencia (Gravedad, magnitud, tendencia); la importancia (valor social) y la Vulnerabilidad para posteriormente definir los puntajes a asignar a cada criterio. El formato se muestra a continuación:

Imagen 34. Matriz de priorización de problemas en salud

Problema	Criterios			Total
	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	
	Gravedad, magnitud, tendencia	Valor Social	vulnerabilidad	

Fuente. Min.Protección Social, 2009, p.25

De acuerdo con la metodología propuesta los actores comunitarios eran quienes debían utilizar la matriz de priorización para determinar los problemas más graves que requerían atención, útil en el consenso sobre la temática referida. Adicionalmente a estos criterios, también se proponían criterios que "encajaran mejor con la situación a priorizar" por ejemplo: comparaciones cuantitativas, costo, tiempo u otros indicadores numéricos (Ministerio de Protección social, 2009, p.27).

Ahora bien, durante el análisis a tres niveles nacional, departamental y distrital se identificó que para el PDSP 2012-2021, si bien, se realizaron mesas con infancia y juventud en las que se identificaron sus necesidades con metodologías artísticas y de grupo focal, no se tuvieron metodologías con enfoque de juventud, además, en los niveles departamental -Valle del Cauca- y Distrital -Cali-, la comprensión de las personas entre 14 y 28 años fue como *adolescentes*, *sujetos de intervenciones para mejorar su salud*, siendo estas acciones priorizaciones por indicadores epidemiológicos con respecto a la magnitud de dichos eventos y que fueron reportados en los ASIS distritales. Sin embargo, los indicadores para jóvenes son escasos, con lo cual se considera que no todas las situaciones de salud con respecto a los modos de vida de las juventudes se tuvieron en cuenta en las mediciones. Como una propuesta de abordaje a esta limitación, desde el año 2009, la apuesta metodológica para la definición de los ASIS debía establecerse con

la participación de los actores comunitarios, de modo que dicha priorización de problemas de salud representara diversidad de narrativas. No obstante, por lo menos los actores juveniles entrevistados indicaron que como juventudes, en este área no fueron tenidos en cuenta[75].

Se debe reconocer, que dentro de los modelos disponibles para la problemática de salud de las juventudes se debían desagregar los problemas identificados en los niveles de gobierno. No obstante, considerando la limitación de datos y la ausencia de una caracterización de los modos de vida juveniles disponibles para el tiempo evaluado, se propone que la agenda en salud que estuvo orientada a la temática de derechos sexuales y reproductivos, se priorizó desde el modelo de agenda internacional (Fuenmayor J, 2017), que implicó que los actores internacionales, como organismos unilaterales, persuadieron la implantación de estas temáticas en el país, producto de exigencias y compromisos suscritos previamente en estas instancias. Esto se pueden validar en lo definido por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a 2015 y posteriormente por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a 2030.

Posteriormente, se identificó que la articulación de tres niveles nacional, departamental y distrital delimitó la agenda en salud por medio del modelo de agenda nacional (Fuenmayor J, 2017), por lo menos para los dos primeros Planes Territoriales de Salud tanto del Valle del Cauca como para Santiago de Cali, identificando además que para este momento el Distrito de Cali aún no contaba con lineamientos de política pública de juventud y estaba por iniciar el paro nacional del 21 de noviembre de 2019 que se intensificó por los efectos de las medidas de confinamiento en el marco de la pandemia de COVID 19, eventos que ubicaron en el centro de la agenda en salud de las juventudes las necesidades de atención de la salud mental, es decir, las juventudes posicionaron su agenda de salud mental por medio del modelo de movilización, que implicó, una ciudadanía que se movilizó para incluir este tema en la agenda pública por medio de acciones como paros, huelgas, marchas, toma de instituciones ante la crisis de representación (Fuenmayor Jennifer, 2017).

[75] Por lo menos lo identificado hasta el año 2022, con representantes de las mesas de juventudes distritales y los concejeros municipales de juventudes de Cali.

Por otro lado, aunque el Distrito de Cali ha tenido varias acciones entorno a la salud alimentaria y nutricional de los caleños, solo hasta 2019 se sancionó el acuerdo 0470 de 2019 quien designaría un plan de acción con organismos y rubros requeridos para: "contribuir a la garantía de la Seguridad y Soberanía alimentaria y nutricional en términos de disponibilidad, acceso, consumo, calidad y utilización biológica de los alimentos para la población de Santiago de Cali, en especial en poblaciones con vulneración del derecho a la alimentación (Alcaldía de Cali, 2019)".

Las juventudes se han incluido en el concepto de vulnerabilidad y si bien mayoritariamente no se identificaron indicadores concretos para juventudes en este plan, el aliado principal fue el sector educativo, en el que además se desarrollan diferentes actividades para fortalecer: cobertura del Programa de Alimentación Escolar (PAE), control para la publicidad de alimentos de bajo contenido nutricional en las instituciones educativas; atención a deficiencia de micronutrientes en escolares, seguimiento a la calidad e inocuidad de alimentos, fortalecimiento de la estrategia tienda escolar saludable y promoción de un ambiente alimentario saludable en el entorno escolar.

Por lo anterior, se ha determinado que las juventudes escolarizadas tuvieron una oportunidad mayor que aquellas personas entre 14 y 28 años por fuera de la escolaridad y que corresponden a un grupo importante, como los 118.247 jóvenes de Cali que para 2023 no hacían parte del sistema educativo y que no acceden a las estrategias de salud programadas en este entorno (Alcaldía distrital de Santiago de Cali et al., 2024, p.11)

Ahora bien, "los procesos de priorización" en la agenda deben ser estudiados con detalle, considerando que para la salud de las juventudes hay aspectos determinantes como los recursos económicos, la contratación oportuna de equipos transdisciplinares con enfoque de juventud, los tiempo de ejecución de los programas o proyectos y los datos epidemiológicos disponibles pero que además deben ser suficientes. Dichos indicadores deber pasar por el consenso multiactor, es decir, no solo deben aprobarse por los equipos tecnócratas de los organismos gubernamentales encargados de la política pública, en cambio, deben garantizar la participación de las juventudes y los actores comunitarios o sus representantes, pues, sin sus aportes y su visión, sus intereses pueden verse menos representados, lo que lleva a decisiones tecnócratas o adultocentristas que si bien

pueden beneficiarlos, puede que no representen las necesidades sentidas de los jóvenes.

Así, para el caso de Cali, en el periodo evaluado, se identificaron acciones para los adolescentes, pero dentro de un modo de vida concreto: urbanos, escolarizados o con trabajo formal, lo que reprodujo situaciones de desigualdad, en otros modos de vida, por ejemplo en juventudes que estando fuera del entorno escolar, aportan a sus economías laborales y habitan más el entorno laboral[76], formal e informal, aquellos que habitan la calle, tienen condición de discapacidad, son migrantes o hacen parte de las juventudes del SRPA.

Los procesos de priorización a nivel nacional y territorial que dieron línea a la agenda de salud de Cali, se operativizaron principalmente también en el entorno escolar, como por ejemplo con la estrategia "*Guía pasaje a la palabra"*, en el que se trabajaron temáticas de salud mental como intento de suicidio; la estrategia *"Cuídate vé"* dirigida a juventudes de la comuna 2 desde el entorno comunitario, para el reconocimiento de la oferta de servicios de salud en las ESEs (centro ladera, oriente, sur oriente y norte). Por otro lado, la agenda de Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), fue desarrollada principalmente en el entorno institucional[77] desde los comités de SPA, comité de violencia y comité de migrantes. Con lo cual, se identifica que las juventudes de un mismo territorio no siempre reciben las mismas acciones o estrategias dirigidas a su salud. Partiendo de esto, la oportunidad de acceder a estas acciones de política depende de los itinerarios insertos en sus modos de vida, *los cuales determina su participación,* ya que, condicionan la oportunidad de estar o no en los diferentes entornos en los que se desarrolla la política, lo que ha sido un *bucle* en el decenio evaluado.

Por otro lado, desde la red prestadora, denominada también *red protectora* se operativizó la estrategia *tejiendo sueños: "ven y conoce tus emociones"*, dentro de las que se cuenta con tres herramientas: la Línea 106, las Unidades Funcionales de salud mental y el consultorio rosa (atención a víctimas de violencia de género)[78], que aunque son acciones

[76] Entorno con menos acciones programáticas para población general, menos para juventudes.
[77] El entorno Institucional se define como: espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras del servicio de salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud (Ministerio de salud, 2009, p.8)
[78] Espacios integrales de atención para víctimas de violencia de género, que ofrecen atención médica, psicológica, legal y trabajo social, entre otros servicios, de manera gratuita y accesible a cualquier persona. (Alcaldía de Cali, 2023). Disponible en: https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/174199/cali-cuenta-con-cinco-consultorios-rosa-para-atender-victimas-de-violencia-de-genero/

dirigidas a la población en general (todos los cursos de vida), benefician la salud de las juventudes, pero que usan los mecanismos clásicos de comunicación, omitiendo las tendencias o preferencias actuales, en la que no se incluyó ese lenguaje de las juventudes[79], lo que sin duda incide en su interés en acceder a estas opciones disponibles.

Tabla 24.Propuesta de análisis de Emery Roe agenda y actores nivel distrital

Análisis	Narrativa	Contranarrativa
Agenda	La agenda distrital de salud con Guerrero posicionó a las juventudes principalmente desde una perspectiva epidemiológica y de riesgo, priorizando problemáticas como el embarazo adolescente, el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia, en coherencia con los lineamientos nacionales de salud pública y los enfoques de curso de vida vigentes.	La agenda redujo la experiencia juvenil a indicadores sanitarios, con una lectura homogénea de las juventudes como población vulnerable, sin desagregación por modos de vida ni reconocimiento de juventudes rurales, no escolarizadas o afectadas por el conflicto armado, lo que limitó su capacidad de respuesta integral.
	En el gobierno de Armitage se amplió la agenda de salud juvenil hacia una visión más integral, incorporando la convivencia, la salud mental y el entorno como determinantes de la salud, en articulación con políticas urbanas, sociales y ambientales del Distrito.	A pesar del discurso integrador, la agenda mantuvo una débil operacionalización específica para juventudes, con indicadores poco sensibles a los modos de vida juveniles y con énfasis en acciones generales dirigidas a toda la población.
	La agenda de salud juvenil se consolidó como integral, alineada con los ODS y con un énfasis marcado en salud mental, consumo de SPA, derechos sexuales y reproductivos, convivencia y determinantes sociales, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19 y la movilización social juvenil.	La agenda continuó privilegiando las juventudes escolarizadas y urbanas con limitada cobertura para jóvenes rurales no escolarizados o en trayectorias laborales informales reproduciendo una temporalidad interna de la política en contraste con los tiempos de juventudes y sus modos de vida.
Actores	La Secretaría de Salud Pública lideró la agenda, con participación complementaria de Educación y Bienestar Social, bajo un esquema institucional centralizado que garantizó coherencia técnica en la formulación y ejecución de programas.	Los actores juveniles estuvieron ausentes como sujetos políticos; su participación fue marginal y no incidió en la definición de prioridades ni en la evaluación de las intervenciones.
	Se fortaleció la articulación intersectorial entre Secretarías (Salud, Educación, Bienestar Social, Deporte, Seguridad), y se reconocieron espacios de diálogo con actores juveniles y comunitarios.	La articulación fue más administrativa que política; los actores juveniles continuaron con baja capacidad de incidencia real, y la coordinación entre sectores dependió de voluntades institucionales más que de estructuras

[79]por ejemplo, puede que no quieran hacer llamadas, en cambio prefieran escribir; o que no quieran o tengan recursos para dirigirse a una unidad funcional o consultorio rosa

Análisis	Narrativa	Contranarrativa
		permanentes.
	Se reconoció formalmente a las juventudes como actores estratégicos mediante consejos de juventud plataformas participativas y proyectos movilizadores con liderazgo en la secretaría de salud pública articulación con secretaría de educación secretaría de bienestar social	La participación juvenil fue mayoritariamente consultiva y condicionada con barreras tecnológicas territoriales y metodológicas especialmente para juventudes rurales y populares limitando su capacidad de incidir en la priorización de la agenda

Fuente. Elaboración propia

Capítulo 6. Discusión de los resultados por nivel de Gobierno

A continuación, se presenta la discusión de las narrativas y contranarrativas identificadas para la comprensión de la salud, juventudes, agenda y actores que sustentaron las políticas de salud para juventudes entre el periodo 2012-2022. El análisis retoma la propuesta de configuración de políticas públicas, presenta las definiciones de atemporalidad externa e interna de la política, desde una perspectiva de niveles de gobierno, los cuales representan un insumo para la metanarrativa propuesta.

A continuación, se presentan los conceptos de atemporalidad interna y atemporalidad externa de las políticas:

Atemporalidad Interna de las Políticas	Atemporalidad Externa de las Políticas
Hace referencia a la desincronización temporal entre la definición de los problemas públicos que afectan a las juventudes y su incorporación efectiva en el proceso de configuración de las políticas de salud. Esta atemporalidad se expresa en dos dimensiones: primera, en el tiempo que transcurre entre la discusión del problema y su posicionamiento en la agenda institucional; y segundo, en el tiempo que transcurre para que las acciones de política llegan efectivamente a los titulares de derecho. Además, la atemporalidad interna varía dependiendo del nivel de gobierno y la comprensión de lo juvenil por los actores que participan de la configuración de la política, en función de sus intereses. Esto genera desfases entre al definición del problema, su posicionamiento en la agenda y al respuesta institucional. En consecuencia, esta atemporalidad interna puede incidir en la magnitud, visibilidad y posicionamiento de los problemas de salud de las juventudes en la agenda pública.	Hace referencia a la desincronización temporal entre la configuración de las políticas de salud y otras políticas sociales, lo que incide en su nivel de articulación. Es la diferencia temporal que se produce entre el momento de la configuración de las políticas públicas de salud y aquellas políticas sociales dirigidas a incidir en los modos de vida de las juventudes[80] y que tributan finalmente a los desenlaces en salud. *Articulación hace referencia incluso a la articulación de estas políticas entre los niveles de gobierno (ejemplo: PDSP con PTS; política nacional de juventudes y política distrital de juventudes, por mencionar algunas)

Fuente. Elaboración propia (Aguirre, Otalvaro, Gómez, 2025)

[80] como las de participación, educación, empleo, salud ambiental y demás

Narrativas y contranarrativas en el PDSP 2012-2022

Durante la formulación del Plan Decenal de Salud Pública se identificó lo que en esta tesis hemos denominado “atemporalidad interna de la política” y que incluye una limitación operativa que hace que los problemas planteados e incluidos en la agenda y las propuestas para resolverlos sean atemporales para el momento que son abordados con dichas políticas públicas. Así, con una política de juventud y política sanitaria a destiempo, la población titular de derecho de la política encuentra diferencias en la comprensión del problema, así como en los mecanismos o sus estrategias de abordaje, por considerarlas obsoletas para la modificación de la situación problemática actual [81].

Con respecto a esta atemporalidad, pueden presentarse tres escenarios a saber:

1. Para el momento del abordaje del problema, este, pudo ser entendido de forma diferente por los jóvenes a los que se aplica finalmente la política;

2. Se mantiene el problema priorizado y coexiste simultáneamente con un problema que no es nuevo, pero que los actores de la configuración de la política pública nunca han priorizado en la agenda, con lo que la estrategia de política pública planteada previamente resulta ser insuficiente; y

3. Pueden coexistir[82], tanto el problema previamente priorizado en simultáneo y un problema emergente, pero los actores involucrados no lo priorizan en la agenda.

Entonces se propone la existencia de una tensión generacional en la configuración de las políticas de salud para juventudes y en las políticas de juventudes en su componente de salud. Esta tensión generacional de las políticas para juventudes implica que, en la configuración de las políticas de salud, hay diferencias generacionales entre los actores que participan de la priorización o posicionamiento de la agenda de salud con aquella generación de jóvenes titulares de derecho que participan de las acciones y procesos producto de dicha configuración.

81 Cuando finalmente se sanciona y operativiza la política.
82 Ejemplos de esto la agenda de salud sexual y reproductiva en contraste con la agenda de salud mental, salud alimentaria y nutricional y las relacionadas con las ENT marginadas en los 10 años de análisis en los tres niveles.

Se identificó una visión limitada y una priorización de los riesgos en salud del adolescente, una agenda de salud centrada en su cuerpo, el embarazo y el consumo de SPA, es decir, una agenda situada más en los desenlaces en salud, con acciones marginales sobre los determinantes estructurales e intermedios, lo que correspondía a la estrategia de abordaje del PDSP 2012-2021.

Lo anterior, puede sugerir que para el momento de la priorización de problemas, si bien se declaró un enfoque teórico de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por OMS y adaptado por Colombia, este, no fue comprendido o acogido plenamente por los actores que definieron las prioridades en el proceso del nivel nacional, siendo más evidente la situación en los primero seis años del periodo evaluado, es decir, entre 2012 y 2016. Pero se identificó una mejor articulación de acciones sobre los determinantes sociales de la salud entre los años 2017 y 2022, por lo cual, se reconoce esta atemporalidad interna de la política, que se calcula para este caso pudo requerir entre 4 y 5 años [83]. Fue desde ese momento en que se plantea que fue mayormente reconocida por los actores sociales[84], institucionales o gubernamentales, sin que esto identifique que se tenga una comprensión plena de esta.

En un análisis por eje, se resalta que la agenda de Convivencia y salud Mental para el Pacífico se centró en cuatro desafíos y aunque no describió concretamente una agenda dirigida a las juventudes, la región priorizó el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, la salud mental, suicidio y la violencia social, todos estos centrados en acciones para la población general y con baja articulación de actores por fuera del sector salud y que pudieron estar relacionados con acciones que determinan estos desenlaces.

Para comprender las implicaciones de esta situación, es importante ejemplificar que otras regiones priorizaron la problemática del matoneo dentro del entorno escolar o la desintegración familiar al abordar la dimensión del PSDP Convivencia y Salud mental y que puede determinar conductas individuales o de colectivos, como el consumo de sustancias psicoactivas, intento de suicidio y otros relacionados con la salud mental.

[83] Propuesta temporal para el caso evaluado entre el periodo analizado.
[84] Dadas las narrativas documentales

Diferente a la priorización para la región pacifica que aunque para la dimensión referida tuvo elementos importantes, no vinculó aspectos de los determinantes estructurales o intermedios articulados a los desenlaces en salud priorizados como desafíos. otro ejemplo concreto fue el desafío priorizado en las regiones de Amazonía, Orinoquía y Oriental con respecto a la convivencia y salud mental y que fue: “Ausencia de espacios de recreación y esparcimiento para que niñas(os) y jóvenes puedan aprovechar el tiempo libre (MinSalud, 2012)”. Es decir, se problematizó el entorno por su influencia en la salud mental y la convivencia. Finalmente la contranarrativa de una región pacífica con: situación del conflicto armado[85], violencia sexual, discriminación de género, sicariato y con necesidades de atención especializada para jóvenes con problemas de adicción no se incluyeron en la priorización para pacífico[86], como sí lo hicieron otras regiones.

Si bien, se reconoce el hito de la vinculación de 360 niñas, niños y adolescentes en 10 talleres por región, sus aportes fueron parcialmente incluidos dentro de las ocho dimensiones del PDSP y por supuesto excluidos de las acciones priorizadas en el documento final. ¿Por qué sucede esto?, la respuesta a esta pregunta puede estar articulada a cuatro supuestos que se presentan a continuación:

1. Ausencia de datos. La caracterización de los modos de vida, itinerarios y situaciones en salud de las juventudes no se conocían plenamente. Además, los datos de salud disponibles no fueron socializados o reconocidos por los actores que definieron los desafíos de la Región Pacífica durante su participación en la configuración del Plan Decenal de Salud pública 2012-2021.

2. Adultocentrismo. Una visión de los titulares de derecho niños, niñas y adolescentes como actores vinculados instrumentalmente en espacios concretos con metodologías desarticuladas del proceso central, desde dónde se definieron los problemas públicos y por ende la omisión de los aportes para la configuración del PDSP. Es decir, hubo una participación con voz, pero que no tuvo trascendencia en la agenda de salud, bien pudo ser porque el espacio, el tiempo o la metodología

[85] Que corresponde a una agenda oculta, paralela y al margen de la institucionalidad (Ley)
[86] Esta región ha sido históricamente afectada lo que incide en sus modos de vida, determinando los desenlaces de salud ”Embodiments”, de la población incluidas las juventudes.

aplicada, no se consideró importante en la priorización final o por que el ejercicio fue instrumental, se realizó desde una mirada adultocentrista desde la que se entienden los adolescentes como ciudadanos menores de 18 años y por ende un sujeto social sin capacidad de agencia por dicha minoría de edad.

3. Tecnocratismo. Aprobación de la participación de las juventudes en otras políticas sociales pero una incapacidad de reconocer sus aportes en la agenda de salud por ser un área especializada. Así, se entendía la participación de las juventudes en otros temas –por fuera de la salud-, aun cuando se promovió un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. Lo anterior, sumado a una omisión en la garantía de la participación comunitaria en la configuración de las políticas públicas de salud, que ya se había estipulado con la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 136[87].

4. El modelo de priorización de desafíos por regiones fue limitado para bordar la salud de las juventudes con respecto a la diversidad de los territorios desde la perspectiva de Determinantes sociales de la salud y, que si bien incluyó actores juveniles -del segmento adolescente- pudo tener menos voces del Valle del Cauca o de Cali y seguir siendo denominada agenda del Pacífico.

Lo anterior, tiene relevancia en cuanto a la relación que hay sobre el papel de los actores, su nivel de involucramiento con la situación problemática a tratar, sus intereses y comprensión de la política pública que se configura, así como el reconocimiento de los efectos de su participación -o no- sobre la inscripción en la agenda de estos problemas de salud.

En concordancia con Díaz-Parra (2018), es pertinente reconocer tres formas de participación disponibles la planeación y decisión pública. La primera, *participación voluntaria*, aquí, los actores con mayor capital (capital educativo, social o de tiempo) se postulan libremente a los procesos participativos. La segunda, *reclutamiento determinado*

87 136.1 Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste. (Ley 1438 de 2011 Art. 136). Posteriormente a la definición del PDSP, estarían la Ley Estatutaria 1751 2015. Art.12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Más específicamente el literal e: participar en los procesos de definición de prioridades de salud (Ley Estatutaria 1751 2015). Ley 1757 de 2015 Art. 1 participación democrática de las organizaciones civiles. Y la Política de Participación Social en Salud iniciaría con la Resolución 2063 de 2017 que en su artículo 2 regularía La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS se fundamenta en los principios contenidos en las Leyes Estatutarias mencionadas previamente.

por la ley, una forma de participación poblacional mediada por la normativa que establece quiénes deberían participar; y tercero, la *participación por incentivos*, que consisten en disponer de mecanismos que aporte significativamente a estos capitales, en actores con menores recursos, para incentivar la participación. En este sentido, al analizar la participación en los espacios de salud dirigidos a juventudes, se observó que, al igual que en los procesos de planeación territorial analizados por Díaz-Parra (2018), las dinámicas de convocatoria se inclinaron principalmente hacia la participación voluntaria. Esto implicó la priorización de actores que contaban con mayor capital social, educativo y temporal, recursos que en muchos casos no poseen las juventudes a los que se dirigen dichas políticas.

Roe (1994) plantea que las narrativas son apropiaciones discursivas mediante las cuales distintos actores sostienen y legitiman determinadas visiones de la política pública. En contextos de alta complejidad y conflicto, las narrativas dominantes tienden a consolidarse en los espacios institucionales de decisión, mientras que las contranarrativas emergen como alternativas que buscan visibilizar las asimetrías de poder presentes en dichos procesos. Desde este punto, esta investigación propone que las *tensiones narrativas* que emergen en la configuración de las políticas públicas de salud visibilizan esas asimetrías, pues aunque la voz de las juventudes aparece en los espacios participativos, su incidencia resulta limitada y no modifica de manera sustantiva el rumbo de la agenda pública. Resultados similares a los hallazgos de Diaz en el Caguán pero en su caso con otro colectivo social (Díaz-Parra, 2018, p. 45).

El derecho a la participación representa conexidad con el derecho a la salud, considerando que la participación más allá de entenderse como derecho formal está mediado por las dinámicas de poder institucional, en términos de Díaz: "*la participación se convierte en una herramienta de control cuando no se transforma en un espacio de deliberación real* (Díaz-Parra, 2018, p.59)"; por lo tanto, en el caso de la política de salud en Cali aunque la participación de las juventudes fue explícita se redujo a un espacio instrumental con baja capacidad de incidencia en la agenda programática.

Desde esta situación, es pertinente retomar los cuatro supuestos de un análisis de la agenda enmarcados en Garraud con respecto a comprender "los problemas como

productos sociales". Para el autor "Un problema nunca existe por sí mismo[88], sino que es cuestión de percepciones y presentaciones" (Garraud, 1990, p. 7 traducción) de acuerdo con Garraud:

> No todos los problemas graves y previsibles figuran necesariamente y de manera espontánea en la agenda, puesto que el acceso no depende únicamente de sus características intrínsecas. La ausencia de información que permita medir el problema o su no difusión, la carencia de soluciones técnicas o social y políticamente aceptables, la falta de anticipación o la competencia de otros problemas considerados prioritarios pueden excluir ciertas cuestiones de la agenda (Garraud, 1990, p. 13 traducción).

A nivel nacional, la discusión de las situaciones problemáticas en perspectiva de Regiones constituyó un proceso común que si bien en términos metodológicos pudo ser "práctico" para los actores gubernamentales o Estatales -temas logísticos y financieros-, representó una apuesta de baja utilidad para la triada: *problemáticas de salud, juventudes y enfoque de Determinantes Sociales de la Salud,* ya que la misma implica un entramado de procesos, actores, instituciones y entornos concretos que desde la estrategia de Región se homogeniza y diluye.

La priorización del PDSP 2011-2021 fue el insumo para que el gobierno vinculara las acciones estatales para garantizar el derecho a la salud en el decenio y por ende, transformarse en Agenda Política. Para Garraud la agenda Política es: "el conjunto de problemas que reciben algún tipo de tratamiento por parte de las autoridades públicas y, por tanto, susceptibles de dar lugar a una o varias decisiones, haya o no controversia pública, mediación, movilización o demanda social y, su puesta en el «mercado» político (Garraud 1990, p.27. Traducción). Además, Garraud propuso que uno de los atributos de la agenda es la de ser transitoria, provisional y contingente: "la agenda constituye un menú que designa los campos de acción prioritarios para un periodo determinado", (Garraud 1990, p.27. Traducción).

88 Un problème n'existe jamais en soi mais est affaire de perceptions et de reprèsentations. (Garraud,1990, p.2)

Así, sin una discusión transgeneracional, se pueden omitir actores, sus intereses y puntos de vista, -aportes de la comprensión diversa de los modos de vida de las juventudes-. Lo más crítico, es un proceso de priorización de problemas públicos sin que participen representantes de los grupos sociales a los que se dirige la política, ya que esto limita la visibilización de relatos, contrarrelatos, oposiciones, sus demandas o sus propuestas de abordaje. Desde esta posición, se reitera la ausencia de una mirada juvenil, diversa, étnica y de género, en de la definición de la agenda en salud para el Pacífico y en las dimensiones transversales del PDSP 2012-2021.

Es importante reconocer que los adolescentes participaron. Pero, los espacios desde los que los hicieron, las metodologías y su articulación a la estructura del PDSP no se concretó. Así, los NNA participaron -sus narrativas están en los desafíos descritos-, pero sus aportes no se visibilizaron en la definición de prioridades, se omitieron en la proyección decenal. Una participación que no es tomada en cuenta se puede considerar como instrumental. Entonces, si bien la participación desde la investigación social y política ha sido la temática estructural para el colectivo de juventudes, no se materializa para las juventudes en el sector salud, ya que, estos espacios están altamente tecnocratizados y son por lo general herméticos, lo que determina que las narrativas dominantes sean las de actores expertos o tecnócratas. Por lo anterior, se identificó que en la configuración de las políticas públicas de salud, no se garantizó una participación efectiva de las personas entre 14 y 28 años, en el periodo evaluado para los tres niveles de gobierno.

La evaluación del PDSP indicó que, si bien su diseño vinculó la perspectiva del modelo DSS que implicaba vincular una perspectiva transectorial y no exclusiva del área de la salud, constituyó uno de los mayores desafíos y limitaciones, ya que, las instituciones por fuera del sector de salud no reconocían su rol dentro del PDSP. Se propone como explicación interpretativa una *atemporalidad externa de la política (AEP)*, pues otros sectores requerían no solo la comprensión teórica, además, era necesaria para identificar capacidades, acciones y políticas públicas disponibles que abordara los DSS. Esta AEP era inevitable, pues en esta se establecen responsabilidades institucionales y de talento humano requeridos para un abordaje decenal de la salud.

Adicionalmente, se identificó que el concepto de salud no fue comprendido completamente en los equipos transectoriales, como se muestra a continuación:

> En ese caso, se presentaron dificultades en el trabajo intersectorial para implementar acciones encaminadas al cumplimiento de las metas. De igual manera, muchas instituciones no se identificaron con el concepto de salud planteado desde el plan, el cual se basa en el enfoque de Determinantes Sociales. (UNIANDES, 2022)

Hitos PDSP 2012-2021

1. Discusiones de la salud transectorial. A pesar de que no se reconociera el concepto de salud y su relación con las instituciones que no atendían la temática de salud.

2. Invitación a grupos adolescentes de las juventudes. Inclusión de la opinión de 360 Niños niñas y Adolescentes en las consultas que se establecieron por medio de 10 talleres y quienes indicaron su comprensión de los problemas de salud. (aunque estos no se vieron reflejados en la priorización por regiones)

3. Concepto de Salud mental. El PDSP2012-2021 reconoció conceptualmente la salud mental como un evento cotidiano de las personas y no solo desde la enfermedad, lo que constituyó un primer paso para la posterior agenda en salud mental para juventudes.

4. Intensión de articular políticas de protección y desarrollo humano del país.

Como crítica se identificó que PDSP 2012-2021 mantuvo una narrativa de una Política pública que entendió que para el desarrollo de cada dimensión propuesta solo se operativizaba efectivamente por medio de una política pública para cada dimensión del PDSP 2012-2021, que aunque tuvo una buena estrategia, terminó en la división de las acciones de salud, lo que pudo relacionarse con baja financiación, por la competencia entre políticas por recursos. Nuevamente, como en otros periodos, los actores del sector sanitario y de otros sectores trabajaron desarticuladamente.

Esta investigación reitera que la caracterización de los modos de vida de las juventudes del país, la región Pacífica y Santiago de Cali continúa siendo una deuda estructural del

Estado con los jóvenes. Si bien se reconoce una gradualidad en la producción de información sobre las realidades juveniles, esta es insuficiente y fragmentada, al presentarse de forma parcial y dependiente de intereses específicos de cada política pública. En la práctica, la información disponible corresponde mayoritariamente a población entre 14 y 17 años 11 meses, que es la adolescencia, cuyos datos además suelen diluirse con los de infancia, pues los datos nacionales de salud presentan resultados en bloque para personas entre 12 y 17 años 11 meses.

De manera similar, cuando se dispone de información sobre la situación en salud de las juventudes mayores de 18 años, esta se presentó en bloques amplios que integran datos con población adulta[89]. Esta forma de reporte constituyó una moción de la normativa vigente por fuera del sector salud como la Ley 1622 de 2013 y su modificación por la Ley Estatutaria 1885 del 2018, que definió a las juventudes como un grupo poblacional específico, con derechos propios y necesidades diferenciadas en salud. Por ende, la ausencia de dicha desagregación invisibiliza sus condiciones particulares, limitando la capacidad institucional para reconocer y gestionar sus demandas oportunamente.

En ese sentido, el uso de datos agregados de curso de vida amplio se constituye en una limitación significativa para la gestión de acciones concretas dirigidas a juventudes, ya que al no incorporar de forma consistente la perspectiva de curso de vida o cumplir con los rangos etarios, se dificulta la identificación de las oportunidades, capacidades, potencialidades o situaciones de exposición que determinan sus modos de vida.

Además, la definición de indicadores que fusiona acciones, metas y resultados con población de infancia y adulta impide el monitoreo de los efectos de estos sobre la población juvenil y por ende limita el posicionamiento de una agenda con enfoque de juventud, lo cual, resulta determinante para fortalecer las competencias sectoriales y transectoriales en la aplicación efectiva incluso de la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud. Por lo anterior, se refuerza la necesidad de disponer, acceder y aplicar información específica sobre personas entre 14 y 28 años como insumo fundamental para la priorización de la agenda, la configuración de las políticas públicas de salud tanto en

[89] incluso con población hasta 64 años

la política sanitaria nacional como la territorial.

Adicionalmente, se reitera que la configuración de las políticas públicas de salud para juventudes se produce en un entramado de narrativas institucionales, agendas y relaciones entre actores -y su poder-, determinando la definición o priorización de los problemas públicos de salud para jóvenes. Lo anterior, se alinea con Ralston (2018) quien categorizó la política de obesidad en el Reino Unido como un proceso de gobernanza en el que las relaciones entre actores estatales y corporativos influían en las decisiones de política pública y por ende en la configuración de la agenda. Sus resultados muestran cómo los arreglos institucionales y las dinámicas entre actores condicionan la orientación de las políticas sanitarias. En esta misma mirada al analizar la configuración de la política pública de salud para juventudes en Cali, se presentan las tensiones narrativas de los actores institucionales, tecnócratas y juventudes en función de las dinámicas de la agenda, que finalmente determina la forma en que se comprende la salud y las juventudes dentro de la política pública(Ralston, 2018).

Nivel nacional narrativas y contranarrativas de agenda de salud para juventudes

A continuación, se agrupan las narrativas identificadas en el nivel nacional para el periodo analizado, contextualizadas por periodo de gobierno.

En el nivel nacional las narrativas sobre agenda de salud para las juventudes evidencian una configuración de política marcada por tensiones en el reconocimiento discursivo e instrumentalizado de las juventudes con una limitada traducción de dicho reconocimiento en acciones concretas y sostenidas durante los gobiernos de Juan Manuel Santos I y II.

Si bien, se propusieron acciones enmarcadas en Atención Primaria en Salud (APS), estas, no se consolidaron en líneas operativas, claras, ni diferenciadas para juventudes. En cambio, predominó una comprensión de la salud centrada en el sistema de salud, las enfermedades y una salud como servicio, con una débil incorporación de la *Participación Social en Salud* que constituye uno de los componentes estructurales del derecho a la salud.

En este sentido, la agenda nacional presentó una narrativa borrosa de participación en

la que las juventudes no fueron reconocidas de manera consistente, ni como actores legítimos para la construcción de sus agendas de salud, sino, como beneficiarios pasivos de ciertas intervenciones definidas principalmente por tecnócratas, reconocido por el Ministerio de salud, así: “por lo general el Estado en cualquiera de sus representaciones (el ente territorial –Alcaldías; las ESE, etc.), no considera la participación como fundamental para construir la salud y la ciudadanía y mucho menos le dan el valor legítimo y legal para promover el derecho a la salud. (Ministerio de Salud y Protección Social. Res.2063 de 2017 2017.p.13)

No obstante, específicamente en el segundo periodo de Juan Manuel Santos y particularmente en el marco de la agenda de La Paz, emergió una narrativa que re significó parcialmente a las juventudes como actores sociales con capacidad de agencia, especialmente aquellas que habitaban la ruralidad[90] y que han sido directamente afectadas por el conflicto armado. Este giro permitió visibilizar la violencia y el conflicto armado como un factor estructural de exposición, que determina los modos de vida de las juventudes, incidiendo en los desenlaces como la mortalidad, la discapacidad y la salud mental. Así, esta contranarrativa reconoció que en contextos de conflicto los itinerarios juveniles se determinan por situaciones estructurales y simbólicas, las cuales no pueden ser comprendidas como atributos individuales, ni como expresiones inherentes a las juventudes, con una categoría de *“violencia juvenil”,* en cambio, éstas son procesos que atraviesan y afectan la experiencia juvenil.

Por lo anterior, la acción del Estado se debía orientar a prevenir las acciones sobre los grupos al margen de la ley, ya que sus acciones determinan procesos de violencia que afectan los modos de vida y por ende la salud mental (reclutamiento) y la salud física (discapacidad o muerte), lo que en términos de Breilh corresponde a estructuras simbólicas inmersas en un movimiento dialéctico a saber: esa dependencia de imágenes, estímulos de la naturaleza y la cultura, que pertenecen a las estructuras simbólicas y median la relación sujeto y objeto, entre las cuales está el método, este método es un movimiento dialéctico (Marcovic, 1972 en Breilh 2013. p.14). Desde esta perspectiva, se

[90] La ruralidad se visibilizó también a raíz de los procesos de paz, se evidenciaron los desafíos de los modos de vida de la población en el entorno rural donde se experimentaban mayoritariamente los horrores de la guerra y la desigualdad.

propone también retomar la propuesta de Breilh de la salud como concepto polisémico, precisamente esa salud cómo objeto de la realidad.

Un avance importante en este periodo a nivel nacional fue la incorporación de una contra narrativa promovida por diversos movimientos sociales, en la que se intentó desplazar la imagen del actor violento o del joven como delincuente hacia una resignificación del joven como un actor inmerso en entornos con estructuras de violencia y exclusión. Sin embargo, está resignificación de las juventudes, no se tradujo plenamente en indicadores, ni en rutas, ni tampoco en la definición de mecanismos claros para monitorear las acciones proyectadas para juventudes. Lo anterior, sugiere una *atemporalidad interna y externa de la política*, ya que, aunque están disponibles diferentes instrumentos normativos, desde la institucionalidad se tienen desafíos importantes para acompasarse desde un enfoque de juventud.

Entonces una idea relevante y hallazgo de narrativas para este periodo de gobierno fue:

> La política de salud[91] por si sola es insuficiente para determinar o modificar los patrones de exposición y la susceptibilidad de las juventudes, así, para obtener el máximo beneficio, es necesaria la operativización y el financiamiento articulado con "otras políticas disponibles", las mismas que influyen en los territorios y que dentro de sus metas abordan las dimensiones de los modos de vida en los que están subsumidos las personas entre 14 y 28 años, determinando los itinerarios juveniles, es decir, esos estilos de vida que dan paso a los *Embodiment*. Así, aunque es importante, no se puede abordar la salud desde las políticas que simplemente monitorean estos *Embodiments* (desenlaces en salud).

Ahora bien, esta situación de *interdependencia* con "esas otras políticas" puede ser también una situación problemática, ya que como se vio en el PDSP, hay una tendencia en generar para cada tema una política pública. En cambio, una mirada crítica propone entonces que al evaluar una situación problemática se realice un inventario de las políticas públicas disponibles, sus estrategias y, si describen o no acciones para

[91] el modelo multidimensional de la Determinación Social de la salud de Breilh y que se retoman en esta investigación.

juventudes, todo esto, antes de dar paso a la configuración de *otra política*. Entonces, resulta *obligatorio* describir el entramado de articulación de estas políticas disponibles -bien sea que exista o no-, de modo que este análisis represente un insumo para actualizar esas políticas de salud para juventudes que están disponibles, más aún, cuando las evaluaciones a mediano plazo proponen la actualización de la política. Siendo más trascendental cuando su alcance es decenal. De esta manera, los ajustes o la configuración de una política pública *nueva*, puede tener más sentido para las comunidades y por ende las juventudes.

Si bien, se reconoce la importancia de los indicadores disponibles y se identificaron procesos administrativos (diseño de rutas, planes) en los primeros ocho años del periodo de análisis (Santos I y II), estos fueron insuficientes para generar una agenda de salud de las juventudes, ya que, no se identificaron líneas de juventud, ni acciones para jóvenes dentro del proceso de paz, en cambio estos se dirigieron a población general.

Por lo anterior, se reconoce un avance en la caracterización de eventos como el reclutamiento y la violencia sexual de los adolescentes, pero se identificó también que las acciones de la agenda juvenil fueron insuficientes, pues estuvo centrada en adolescentes, omitiendo a las juventudes mayores de 18 años. Por otro lado, los indicadores disponibles se enfocaron en identificar la disponibilidad de un documento, de un plan y o de una ruta, sin que el monitoreo se complementara con indicadores dirigidos a reconocer la funcionalidad, o las experiencias de las juventudes con respecto al acceso y calidad en estos. Así, es relevante que se diseñen indicadores que den cuenta de la experiencia de las juventudes, ya que es información base para que los gobiernos definan sus metas, monitoreen el cumplimiento de sus estrategias y procesos con jóvenes.

Desde esta perspectiva, se propone que la agenda en salud de las juventudes en los gobiernos de Juan Manuel Santos aunque presentaron avances en el reconocimiento de las juventudes como grupo poblacional, las acciones para estos fueron insuficientes, ya que, aunque PDSP declaró la importancia del enfoque de curso de vida, este no se tuvo en cuenta, por lo menos en su primer mandato, tampoco se identificó un reconocimiento

preliminar del inventario de políticas disponibles para articularlas, es decir, más allá de listar la normativa disponible, era necesario conectar las “otras políticas”, conceptualmente en términos de juventud.

Esta articulación fue más evidente en el gobierno Santos II, como efecto de la agenda central de La paz y que implicó en términos de juventud reconocer la agenda de la salud PDSP y las agendas concomitantes o en desarrollo como: la política rural (pertenencia y uso de la tierra), Política Nacional de Recreación, Política de Participación Social en Salud y la Política Nacional de Juventudes, Planes Territoriales de salud,-por mencionar algunas-; considerando que la salud más allá del *“Embodiment*” o las situaciones de salud que se reportan parcialmente en los documentos ASIS del país, de modo que se comprendiera en términos de Breilh esa determinación de la salud, que implicaba reconocer los modos de vida y esos factores de exposición o de oportunidad en los itinerarios juveniles.

Tal como se observó en los dos periodos de gobierno Santos pero reforzado en el gobierno Duque, se fusionaron las poblaciones de primera infancia, infancia y adolescencia en una misma categoría de atención, lo que sugiere una destinación limitada de recursos (físicos, económicos y de profesionales) para el 30% de la población[92], que correspondía para ese momento a los menores de 18 años del país.

Este panorama, representó limitaciones también en las metodologías y estrategias diferenciales en relación con la inversión económica y la atención por curso de vida, que nuevamente reflejó la permanencia de una agenda de juventudes fragmentada y que si bien tuvo acciones concretas, al fusionar varios cursos de vida en un solo indicador, se declara una falsa atención a las juventudes, pues los mismos indicadores no permitían dar cuenta de la atención de las personas entre 14 y 28 años, en cambio, se desarrollaron más acciones en primera infancia, infancia y en algunos casos adolescencia.

[92] Basados en los casi 50.000.000 de colombianos del país

En el gobierno Duque se evidenció un retroceso para el reconocimiento de los múltiples agentes sociales con capacidades diferenciales y que representó la perspectiva de abordaje en la narrativa nacional del PDSP como lo fue el curso de vida, omitida completamente en el gobierno Duque, quien de forma reduccionista y ligera declaró en su PND que la categoría "niñez se refería a "la primera infancia, infancia y adolescencia (DNP,2019, p.264)". Lo anterior, en contra de la perspectiva teórica y normativa disponible a nivel nacional para ese momento, evidenciando una *practicidad y ligereza* por parte de este gobierno.

Se reitera entonces que la agenda de juventudes de Duque estuvo focalizada en menores de edad mayoritariamente en primera infancia seguido de infancia y aunque se usó la categoría adolescencia, es evidente que las estrategias y normativas referidas principalmente fueron en todo caso dirigidas y financiadas para infancia (hasta 14 años). Este interés de fusionar los tres cursos de vida solo promovió el diseño de metas e indicadores que diluyó las problemáticas adolescentes dentro de las necesidades de niñas y niños, fragmentando el grupo de las juventudes, omitiendo la ley de juventudes y aumentando la brecha en los datos concretos del segmento adolescente entre 14 y 18 años. Si bien, se identificaron programas orientados al proyecto de vida de los jóvenes rurales desde un apoyo a los emprendimientos (agropecuarios o no) disponibles en la zona rural, no fue claro si emprendimiento representaba estabilidad, formalidad o informalidad y en esa misma lógica, no se planteó el monitoreo de los aportes y la sostenibilidad de estos en el proyecto de vida.

Con la unificación de la agenda de las personas entre 0 y 18 años bajo la categoría de *niñez*, el gobierno Duque implementó eufemismos, como enmascaramiento en el discurso político. Así, se identificó la narrativa de "*Retos*" para presentar las problemáticas y declarar las acciones de las instituciones frente a estas. Esta narrativa de *Retos* para referirse a las problemáticas reales de las juventudes es una manera de invisibilizar la magnitud de las situaciones que afectan a las juventudes del país, ya que, un reto implica a voluntad libertad para quien lo quiera asumir, incluso implica oportunidad de abandono, sin que represente una sanción. Contrario a esto, los problemas públicos sugieren una obligatoriedad de atención y abordaje del Estado,

comprometiendo la agenda del actor institucional con respecto a sus recursos físicos, económicos y de talento humano en un tiempo determinado, para subsanar el problema o por lo menos avanzar hacia su resolución, reconociendo las implicaciones del control social y de la misma función pública en caso de evadirlo o no abordarlo.

Desde esta narrativa de *Retos*, las líneas de base de las situaciones problemáticas para la infancia y adolescencia se desagregaron en dos tipos: los primeros, propios de la teoría organizacional, que incluyó las situaciones de las instituciones y los equipos de trabajo categorizadas como "*Retos acumulados*", lo que se puede interpretar como que se han presentado en gobiernos previos, visibilizando los efectos generados por la dinámica organizacional de las entidades públicas en el abordaje o la resistencia en asumir una agenda para las juventudes. Lo anterior, implica reconocer la existencia de actores que pueden requerir sensibilización con respecto a los enfoques, las competencias y habilidades para la atención integral a las necesidades juveniles –incluidas las de salud-; y los segundos, denominados "*Retos emergentes*" vinculados con temáticas que gradualmente ingresaron o se reconocieron como problemáticas de atención pública del Estado (Ver tabla 13, p. 188).

Así, la agenda para juventud del gobierno Duque se propuso "rediseñar los programas dirigidos para jóvenes" basado en el enfoque diferencial para la igualdad y de derechos, bajo el cual se incluyeron aspectos como: orientación sexual, identidad de género, condición de discapacidad o etnia, compromisos que no fueron coherentes con los insumos disponibles, que en cambio constituyen una debilidad metodológica y situacional por la deficiente caracterización de los modos de vida, que es el insumo para la configuración de la política pública, en función de las situaciones y brechas que estos programas buscan agenciar.

En general en este periodo de gobierno se identificó una narrativa de división de las juventudes mayores de 18 años, *una agenda de los menores de edad*, pero en este caso, fue mucho más evidente la invisibilización, se identificó que se trataron parcialmente las necesidades de las juventudes entre 18 a 28 años y no se tuvo un enfoque de juventud. Además, si el curso de vida de juventudes corresponde a personas entre 14 y 28 años, se considera una "*omisión voluntaria"* de la normativa nacional en el gobierno Duque.

Relatos y contrarrelatos en el gobierno departamental 2012-2022

En el nivel departamental, la agenda de salud para juventudes entre 2012 y 2022 se configuró de manera fragmentada y discontinua, con avances principalmente documentales y una limitada traducción operativa en acciones diferenciadas por curso de vida.

Durante el gobierno de Ubeimar Delgado, aunque su Plan de Desarrollo reconoció formalmente a las juventudes como población de interés e incorporó narrativas asociadas a discapacidad, diversidad sexual, enfoque étnico y condición de víctima del conflicto armado -realidades que pueden atravesar la experiencia juvenil-, estas referencias no se tradujeron en una compresión especifica de la salud desde los modos de vida de las juventudes. La agenda se mantuvo centrada en la población adulta y en acciones generales del sistema de salud, a pesar, de que el departamento contaba desde 2009 con Política Pública de Juventudes. Esta situación evidenció una desarticulación estructural entre el Plan de Desarrollo Departamental, el (PTS) 2012-2015 y dicha política, configurando una agenda de salud centrada en el aseguramiento en salud. La participación de las juventudes en espacios de salud fue marginal.

Por su parte, en el gobierno de Dilian Francisca Toro se retomó la narrativa nacional de Atención Primaria en Salud (APS); sin embargo, esta no se consolidó en avances concretos, pues al cierre de su mandato la línea de base de acciones permaneció en cero. La agenda departamental continuó priorizando el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, especialmente en escolares, lo que facilitó iniciativas de salud alimentaria y nutricional, como la promoción de la tienda escolar saludable y la guía de loncheras. En este mismo entorno se operativizaron campañas de los *Servicios Amigables* como línea central de la agenda de salud sexual y reproductiva que estuvo dirigida principalmente a población adolescente. Además, se buscó brindar una aproximación sobre la estructura del sistema de salud y su funcionamiento dentro del departamento, para que los jóvenes identificaran oportunidades y programas dirigidos a ellos, en el marco del servicio social obligatorio de la institución educativa en articulación con la Red departamental de Empresas Sociales del Estado (ESE). Fue en el gobierno de Toro en el que se reconoció a los hospitales como *Gestores escolares de salud*. Estas

acciones, si bien relevantes, reforzaron una agenda que comprendió las juventudes como "*menores de edad*", con red de apoyo y escolarizados, dejando por fuera otras realidades (rurales, migrantes, VCA) y excluyendo a las juventudes entre 18 y 28 años.

Por fuera de la escolaridad, la agenda de salud sexual y reproductiva del departamento del Valle del Cauca involucró todos los cursos de vida, manteniendo una narrativa de garantía del ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libres de violencias, en un marco de igualdad, libertad y autonomía, que integró aspectos como sexo, edad, etnia, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, religión o condición de víctima del conflicto armado, lo que fue aparentemente vinculante, pero que no incluyó líneas concretas para juventudes *no escolarizadas*.

A continuación, se presentan los hitos departamentales entre 2016-2019

Hito 1. Fue en este periodo de gobierno departamental cuando se categorizó al municipio de Santiago de Cali como Distrito especial, deportivo, cultural, turístico, empresarial y de Servicios (Congreso de Colombia, Ley 1933 de 2018).

Hito 2. Por medio de la Ley Estatutaria 2885 de 2018 de Nivel Nacional, se creó la Plataforma departamental de juventud del Valle del Cauca, como parte del tercer mecanismo de garantía de participación de las juventudes.

Hito 3. Inclusión del subprograma de rendición de cuentas para niñez y adolescencia como sujeto de interés en la rendición de cuentas, esto es importante porque posiciona como agente relevante al segmento adolescente de las juventudes. En este *subprograma 60101*, se programaron cuatro (4) rendiciones de cuentas para niños, niñas y adolescentes, durante el período se identificó una omisión de personas entre 18 y 28 años, con lo que se reitera el fraccionamiento del colectivo.

Por su parte, en el gobierno de Clara Luz Roldán 2020-2023, se observó una mayor articulación entre la agenda nacional, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las acciones territoriales, así como una narrativa que incorporó una perspectiva de departamento-región, vinculando al Valle del Cauca con la región Pacífica colombiana y de Latinoamérica. Este enfoque representó un avance en la lectura territorial y el

reconocimiento de brechas urbano-rurales. Asimismo, se fortaleció la caracterización de poblaciones articuladas a la agenda de paz, como el reconocimiento de víctimas del conflicto armado y se visibilizaron más narrativas de inclusión con acciones para discapacidad y enfoque étnico. No obstante, estas acciones fueron insuficientes para atender de manera integral la salud de las juventudes y permaneció la desarticulación con el nivel nacional, aumentando la tensión con respecto a la *atemporalidad* en la configuración de las políticas públicas.

Con respecto al diagnóstico de las necesidades de las personas entre 14 y 28 años, se identificó nuevamente un fraccionamiento del grupo adolescente y las juventudes mayores entre 18 y 28 años, reconociendo más claramente las necesidades de los menores de 18 años, incluida la población de primera infancia, (entre 0 y 5 años), siendo este último grupo con mayor desarrollo de la agenda en salud, sobre el que hay más disponibilidad de datos sobre necesidades de salud, así como de programas para abordarlas.

Con Clara luz Roldán, no solo se visibilizaron las cifras de las personas víctimas del conflicto armado, también se desagregaron los datos por grupos de vida, así, para 2020 de 502.421 personas en condición de VCA, el 26% eran menores de 17 años (132.217), y si bien se evidenció un avance en discriminar por grupo poblacional, solo se identificaron dos grupos etarios, los menores de 17 años y las personas entre 61 y 100 años. Del total de las personas víctima del conflicto armado, el 5%, presentaba discapacidad (RUV en PDV 2020-2023 p.41).

Estos datos sugieren un reconocimiento de la exposición al conflicto armado y su relación con la salud, en este caso la condición de discapacidad y su afectación en adolescentes. Esta agenda fue más visible que en otros gobiernos, sin embargo, en la desagregación de la condición de discapacidad los datos de adolescencia se fusionaron con los datos de la población infantil, como se evidenció en la tabla11. Si bien, la agenda de discapacidad ganó visibilidad con las cifras discriminadas por grupo poblacional, no se identificaron acciones para el enfoque diferencial en los espacios donde transcurre la experiencia juvenil.

En este periodo de gobierno, la agenda de salud para juventudes en el Valle del Cauca se configuró en un escenario altamente condicionado por la pandemia y por tensiones sociopolíticas que afectaron de manera diferencial a las personas jóvenes. Aunque su PDD incorporó una lectura más amplia de los Determinantes Sociales de la Salud y fortaleció la caracterización poblacional de las juventudes -incluyendo datos desagregados entre 15 y 29 años-[93], las acciones derivadas se centraron prioritariamente en lineamientos generales del sistema de salud y en su apuesta sectorial de turismo en salud, pero tampoco consolidó acciones específicas para las juventudes entre 14 y 28 años. La inclusión de adolescentes en los ejercicios de planeación constituyó un avance simbólico en términos de participación, pero no representó un viraje sustantivo en la configuración de políticas diferenciales para juventudes, pues las prioridades institucionales continuaron orientadas a la infraestructura, la coordinación transectorial y el aseguramiento, antes que a intervenciones focalizadas por curso de vida.

Durante el trienio 2020-2023 la agenda en salud mental se articuló principalmente con la de convivencia social y la de violencia (seguridad), manteniendo como actor central la institucionalidad desde la Secretaría de Salud. Sin embargo, persistieron omisiones estructurales de acciones específicas para juventudes con discapacidad, hogares con jefatura juvenil, habitancia en calle y juventudes no escolarizadas. Para el caso de la habitancia en calle, la práctica de consumo de spa y los conflictos familiares se abordaron desde el desenlace y no desde los Determinantes Sociales Estructurales o Intermedios implicados. Se evidencia nuevamente una agenda reactiva y sectorial.

Los indicadores de salud mental monitoreaban acciones para infancia y adolescencia, es decir, se priorizaron las juventudes menores de edad, sustentado en la entonces Ley del 1878 de 2018 que, modificó parcialmente la Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia. Dado que la agenda de los menores de 18 años es atendida mayoritariamente por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), desde su función, la atención para mayores de edad es secundaria y solo en caso de restablecimiento de derechos o vulnerabilidad (Gestantes, SRPA), lo cual se propone como explicación de esta situación presente en todos los niveles de gobierno.

[93] Aunque no es el rango de la normativa nacional de la Ley estatutaria de juventudes, se resalta su aproximación.

Es importante resaltar que en el Valle del Cauca la condición de calle hizo parte de los modos de vida de las juventudes, siendo una situación común en personas sin red de apoyo familiar y constituyendo un factor de exposición que determina-en términos de Breilh- el inicio de un modo de vida de habitancia en calle. El Estado colombiano categorizó el consumo de SPA como uno de los principales determinantes de la habitancia y permanencia en calle, seguido de conflictos o dificultades familiares (Anexo técnico decreto 1285 de 2022, p.16). Así para 2020, en Colombia hubo 2365 niños, niñas y adolescentes en proceso de restablecimiento de derechos por el ICBF, siendo esta cifra el doble de la disponible en el 2010 (1.108), lo que sugiere debilidades en las acciones para prevenir que la experiencia juvenil transcurriera en la calle, y propone afirmar nuevamente, acciones insuficientes sobre los determinantes y situaciones protectoras, perpetuando una agenda en salud que continúa centrada en el desenlace y poco en las situaciones que lo condicionan.

Se identificó que los acuerdos Internacionales (actores internacionales) fueron un determinante en la definición de las acciones sociales y metas de salud tanto a nivel nacional como a nivel departamental en el país. Si bien, los ODS se oficializaron desde el año 2016, se evidenció una narrativa continua de esta agenda tanto en el gobierno nacional de Duque con el documento “Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022”, así como en el gobierno departamental de Dilian Toro, con una mayor articulación con el PDD de Clara Luz Roldán. Finalmente, como en el nivel nacional en el Valle del Cauca tuvo a la Secretaría de Salud, como actor principal de la agenda de salud de las juventudes. A continuación se presentan los hitos departamentales entre 2020-2023

Hitos

1. Roldán cerró su primer semestre de gobierno con un 90% de las Plataformas de Juventud del departamento conformadas Res No.008 del 31 de julio de 2020 (Procuraduría general de la Nación, 2020, p.14).

2. Contranarrativa de la necesidad de vincular una perspectiva de Derecho a la Salud, en contraste con la denominación de salud *como servicio* planteado en la Ley 715 de 2001 (Congreso de la República, diciembre 21 de 2001).

3. Definición de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022 -2031[94], con el Decreto 1285 de 2022.

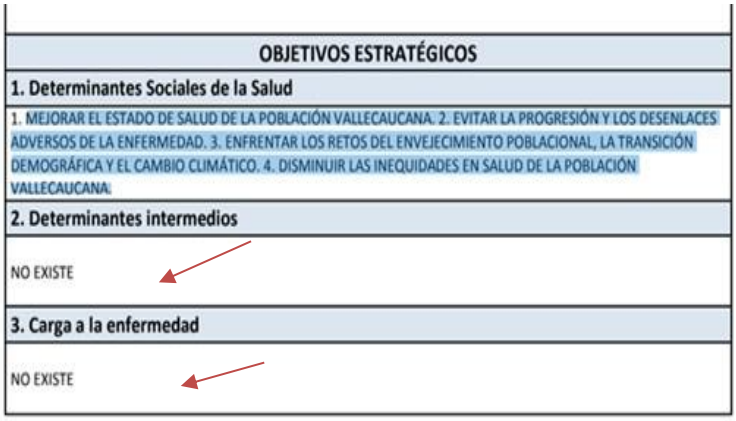
Planes Territoriales de Salud: Valle del Cauca (2012- 2022)

La Ley 715 de 2001 declaró las competencias y responsabilidades de los actores gubernamentales en los diferentes niveles de gobierno con respecto a los "servicios" de educación y salud[95]. Dicha norma con respecto a las competencias de las entidades territoriales señaló que cada departamento estaría en competencia de "dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de Colombia, Ley 715 de 2001, p.18)". Así, el departamento del Valle del Cauca tuvo por primera vez un Plan Territorial de Salud (PTS) entre 2007 y 2010 articulado al Plan Nacional de Salud (PNS), en el que la agenda para personas entre 14 y 28 años estuvo centrada principalmente en adolescentes con temas de salud sexual y reproductiva, mientras que a las juventudes entre 20 y 24 años -adultos jóvenes- presentó acciones preliminares de salud mental.

Por otro lado, el PTS 2012-2015 del Valle del Cauca, procuró armonizarse con el PDSP 2012-2021, sin embargo, esto se dio en un escenario político y social complejo, lo cual se reflejó en una apropiación incipiente de la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). La desagregación del PTS en determinantes sociales, determinantes intermedios y carga de la enfermedad, con ausencia de datos en estos dos últimos, asignando la categoría de "*No existe*", reveló una incomprensión del enfoque teórico y una limitada capacidad técnica para aplicarlo como se muestra a continuación:

[94] Sin embargo, esto fue al final del gobierno, con lo que las juventudes en condición de calle no fueron visibles en este periodo de gobierno
[95] Es relevante considerar que la denominación de servicio impactaría en adelante la comprensión de los derechos a la salud y los demás derechos sociales conforme la exigibilidad y la forma en la que el Estado sería garante de estos. En este apartado se retoma literal a la norma.

Imagen 35. Objetivos Estratégicos PTS del Valle del Cauca 2012-2015



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
1. Determinantes Sociales de la Salud
1. MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN VALLECAUCANA. 2. EVITAR LA PROGRESIÓN Y LOS DESENLACES ADVERSOS DE LA ENFERMEDAD. 3. ENFRENTAR LOS RETOS DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL, LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EL CAMBIO CLIMÁTICO. 4. DISMINUIR LAS INEQUIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN VALLECAUCANA.
2. Determinantes intermedios
NO EXISTE
3. Carga a la enfermedad
NO EXISTE

Fuente. Tomado PTS de Valle del Cauca 2012-2015

Este desconocimiento de los determinantes intermedios sugiere que el nivel departamental entendió su margen de acción restringido tanto por el gobierno central como por la responsabilidad atribuida a las comunidades, dificultando la incorporación de acciones efectivas sobre los DSS y por tanto, limitando la estructuración de una agenda robusta en salud para las juventudes departamentales, resultado que pudo estár ligado al proceso de intervención de los entes de control en la gobernación del departamento.

De igual forma, el gobierno departamental avanzó en la sectorización del sistema de salud en cinco áreas geográficas -Norte, Centro Tuluá, Centro Buga, Suroriente y Sur Occidente-, que se dio en simultáneo con la modificación administrativa de la Ley 1617 de 2013, mediante la cual el Área Pacífico dejó de hacer parte de la red departamental, aunque la atención en salud del Distrito de Buenaventura continuó registrándose dentro del Valle del Cauca. Esta situación generó tensiones analíticas entre los lugares de producción de los determinantes sociales de la salud y los lugares de atención y reporte de los desenlaces de salud, afectando la precisión de asignación de la carga de la enfermedad y la priorización territorial de éstas, especialmente en contextos históricamente afectados por desigualdades estructurales.

La subrepresentación de problemáticas cuya génesis era de territorios específicos -pero que su atención en salud, así como la mortalidad se reportó en Valle del Cauca- implicó que la evaluación de los determinantes sociales de la salud fuera difusa, afectando el

abordaje de problemáticas prevalentes en las juventudes. Esta situación fue particularmente crítica en un departamento que para 2023 se consolidó como el mayor receptor de víctimas de desplazamiento, principalmente provenientes de Buenaventura con 65.2% (Unidad de Víctimas, 2023, p.19).

Un segundo PTS en el marco del PDSP, entre 2016-2019 evidenció una agenda departamental que, aunque no formuló explícitamente las problemáticas de salud de las juventudes, identificó dimensiones que incidían indirectamente en sus modos de vida. Dentro de las cuales se identifica la salud laboral y la salud ambiental, -efectos en la salud-, como por ejemplo, las acciones para tramitar los efectos del *Fenómeno del Niño*, por mencionar algunos. Además, se reconoció el aumento de consulta por ENT en personas entre 14 y 28 años. Este reconocimiento no implicó agencia de estas situaciones, en cambio, el plan evidenció debilidades conceptuales y operativas en aspectos como: la noción de vulnerabilidad que fue imprecisa y la discapacidad que se abordó de forma fragmentada, limitada al grupo masculino y sin desagregación por curso de vida (Secretaría Departamental de Salud, 2016).

La priorización concertada entre los actores comunitarios y las EPS se propone como un avance institucional de la gobernanza de la salud por parte de las comunidades -no específicamente de las juventudes-, pero también reveló tensiones técnicas sobre coherencia entre grupos de riesgo y dimensiones, expresadas en solicitudes de “realizar ajustes coherentes a lineamientos técnicos y operativos en términos de la correlación entre el grupo de riesgo y las dimensiones” (Secretaría Departamental de Salud 2016, p.47). Entre los desafíos con acciones en el consumo de SPA, violencia, suicidio, embarazo adolescente, ITS y VIH, violencia sexual y de género y enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular, sin una clara articulación con el enfoque de curso de vida planteado por el Ministerio de Salud (MinSalud, 2015b, p.2), lo que evidencia un desfase entre el modelo teórico y su implementación territorial.

El PTS 2020-2023 por su parte, tuvo mayor avance en el análisis estructural de los determinantes sociales de la salud en comparación con los dos PTS previos. En este se destacan las cifras de desagregación de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de

la población urbana y rural (Secretaría Departamental de Salud, 2020). Esta lectura permitió reconocer desigualdades significativas y su afectación a las juventudes rurales, cuyas privaciones duplicaban las cifras urbanas (11.83% vs. 5.23%)(Secretaría Departamental de Salud, 2020).

Aunque el plan se formuló bajo la metáfora de la orquídea[96] y promovió la articulación sectorial, esta se gestionó en un contexto de deterioro socioeconómico derivado de la pandemia con la pérdida de 298.000 empleos para el año 2020 (Gobernación del valle del Cauca, 2021, p.4). Además, la tasa de Inactivos (TI) que es la que mide la proporción de personas que tienen la edad para trabajar (12 años en adelante) dentro de las que se encuentran las juventudes, presentó un incremento de 11 puntos al inicio de la pandemia y bajó a 9 durante el proceso de reactivación económica. (Gobernación del valle del Cauca, 2021, p.8). Finalmente, para Enero de 2021, del total de la población ocupada, el 49.6% estaban en la informalidad. (Gobernación del valle del Cauca, 2021, p.10)

En este periodo se identificó una mayor caracterización de población en condición de discapacidad, aunque aún no se discriminó por curso de vida. Así, para el 2021, 133.838 personas en el Valle del Cauca tenían discapacidad en movimiento: en cuerpo, manos, brazos y piernas equivalente al 3% de la población total y se concentraron en las ciudades de Cali, Palmira, Cartago, Buga y Yumbo. ((Secretaría Departamental de Salud 2020, , p.28). Además, se incluyó el análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), herramienta clave para comprender impactos desproporcionados en jóvenes, cuyo horizonte vital se espera sea mayor y cuyas limitaciones afectan modos de vida, ingresos y participación social. No obstante, el plan no desagregó los AVPP por curso de vida -datos de 2017, comprometiendo su potencial analítico en proceso de priorización. Se visibilizaron indicadores clave como asistencia educativa, migración, discapacidad presentados en bloque poblacional personas entre 5 a 24 años[97](PTS Valle del Cauca 2020-2023).

[96] como en 2016-2019

[97] se describió que el 68.49% de las personas entre 5 y 24 años asistían a una institución educativa, no se reportó cuantos de estos tenían entre 14 y 24 años, nuevamente se mezclan datos de tres cursos de vida, Infancia, Adolescencia y Adultes temprana y se desconoce si se hace referencia a la formación básica, media o si son Instituciones de Educación Superior (IES). Es decir, si bien las cifras han mejorado con respecto a los dos planes territoriales de salud previos, aun no se identifican cifras concretas de la situación de salud de personas entre 14 y 28 años.

Por otro lado, la tendencia nacional de prevalencia de obesidad en adolescentes de 13 a 17 años paso en 2005 de 1.9 a 4.0 en 2015, es decir, 10 años después de la primera medición esta se había duplicado, sin que se hubiera logrado dar atención a esta problemática en adolescentes, aun cuando el país contaba desde hace 6 años con la Ley 1355 de 2009, Ley de obesidad, que definió la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y por medio de la cual se adoptarían medidas para el control, atención y prevención de esta.

Lo anterior, sugiere que aunque el PTS del Valle del Cauca para 2020-2023, disponía de datos departamentales de la ENSIN V3, estos, no se tuvieron en cuenta para la definición los indicadores para juventudes. Lo que se considera como un "*omisión"* de información que estaba disponible y pudo utilizarse como insumo para la agenda de salud de las juventudes.

Lo anterior sugiere cuatro situaciones:

1. Insuficiencia en el uso de los datos generados por el país en el que se invierten recursos económicos importantes.

2. Deficiencia en el uso de datos disponibles para la priorización en salud con enfoque de curso de vida.

3. Desinterés en la agenda de salud con evidencia de la situación de salud de los jóvenes

4. Persistencia en la definición de los ejes programáticos tradicionales, lo que limita la renovación de la agenda en salud de las juventudes, perpetuando una agenda fija[98] con acciones para los ejes clásicos de gestión de su salud.

Para la dimensión de salud y ámbito laboral el Valle del Cauca tuvo un 83.2% de personas con empleo i*nformal*, lo que implica la posibilidad de juventudes precarizadas laboralmente con desafíos en la afiliación al sistema de salud. En este aspecto es importante analizar que el país sancionó la Ley 1780 de 2016 por medio de la cual se

[98] Se avanza "por inercia", sin una reflexión crítica y dando por hecho que nada ha cambiado que solo esas situaciones problemáticas son las prioritarias, lo que más bien parece que se trabaja sobre lo conocido

promovía el empleo y el emprendimiento juvenil, que buscó gestionar barreras de acceso al mercado de trabajo y cuyo objeto se centró en impulsar el empleo en personas entre 18 y 28 años, que si bien a 2025 tiene varios artículos declarados como inexequibles, con la Ley 1955 de 2019, el Decreto 2365 de 2019 -por mencionar algunos- se posicionaron en la agenda de empleabilidad, considerando como en población joven esto condiciona los modos de vida, las oportunidades de generar recursos económicos, siendo un medio para acceder a una alimentación de calidad, y cantidad oportuna, o para el acceso a los servicios de salud para prevenir o tratar enfermedades, o incluso, para actividades de desarrollo de la salud física y deportiva. Así, es imposible desligar los medios de producción de recursos económicos de las juventudes con la determinación de su salud física y mental, por lo cual, resulta importante que en la priorización en salud se vincule como acción central.

Con respecto a la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables en la temática de discapacidad, esta se desagregó por segmentos del cuerpo priorizando: la de movimiento de brazos, manos, piernas y cuerpo; seguida de la discapacidad de ojos y mortalidad por enfermedades del sistema nervioso *en primera infancia*. Es decir, las juventudes no se consideraron desde el enfoque de vulnerabilidad. Esto representa una omisión si se sabe que para 2020 el Ministerio de Salud reportó que de las personas con discapacidad el 15% estaba entre 15 y 27 años -41.3% hombres y 58.7% mujeres.

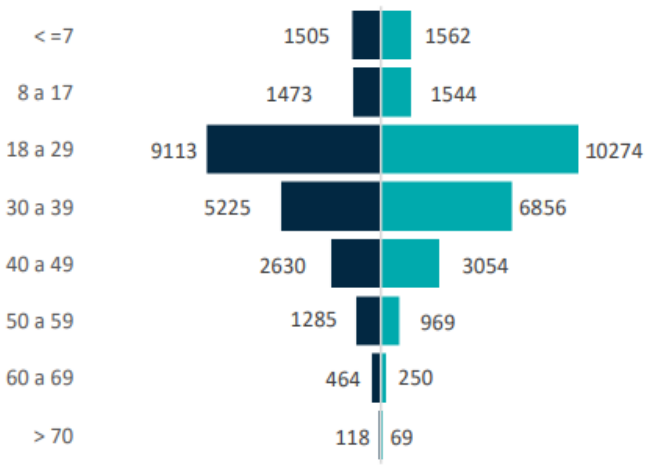
Para 2020 se avanzó con cifras nacionales de discapacidad y salud mental en jóvenes, siendo el Valle del Cauca uno de los departamentos con mayor tasa de prevalencia de trastornos de salud mental en personas con Discapacidad (MinSalud, 2020, p.5-6-10-12), de este reporte es de interés mencionar que no hay clasificación por diversidad de género lo cual invisibilizó las voces de los jóvenes de la comunidad LGTBI+Q, lo que sugiere que en esta priorización de discapacidad era necesario considerar para juventudes problemáticas de discapacidad y salud mental.

Ahora bien, la problemática migratoria fue un tema considerado en la formulación del territorial a 2020. Así, con respecto a los flujos migratorios mixtos, el Grupo Interagencial el departamento del Valle del Cauca para 2020 albergaba un total de 88.414 venezolanos de los cuales el 53% tenían una vocación de permanencia en el departamento

representando al 5.15% de la población migrante venezolana del País de los cuales el 52% estaban en condición migratoria regular y el 48% irregular. (Migración Colombia, 2020, p.1)

Considerando lo anterior, la migración venezolana es un tema determinante en el análisis de la salud de las juventudes del departamento del Valle del Cauca, ya que, la población entre 18 a 29 años correspondía a 19.387 personas equivalente al 22% como se muestra a continuación:

Gráfica 6.Gráfica de Población Migrante en Colombia



Fuente. Tomado de Reporte de Migración Colombia 2020

Se identificó también que el PTS 2020-2023 del Valle del Cauca se reconoció que “las oportunidades son determinantes” para la generación de recursos económicos para una “vida digna” y relacionó su impacto en la deserción escolar, violencia y enfermedades. Si bien, no se describe un curso de vida concreto, se identifica que el entorno escolar es en el que transcurren mayoritariamente los modos de vida de los adolescentes como parte de las juventudes del Valle del Cauca, lo que refuerza que para la temática de salud es *una oportunidad estar escolarizado,* como se ha indicado en el análisis de esta investigación. Se debe reconocer que hay una relación estar vinculado como estudiante activo en el entorno educativo y la determinación de estimular o generar espacios de participación en las juventudes, esta participación que se gesta en espacios académicos puede migrar a escenarios políticos en los que se define su agenda en salud.

Lo anterior, propone que el entorno educativo es determinante para promoción de la salud desde la participación de las juventudes, lo que implícitamente se recomienda como acción en la política pública: establecer estrategias de permanencia de las personas entre 14 y 28 años dentro del sistema educativo (como estudiantes activos), ya que, es un entorno en el que las juventudes participan no solo como receptores de acciones de la agenda de salud, sino porque constituye también un escenario propicio para visibilizar sus narrativas y aportar en los procesos de configuración de sus políticas.

De manera transversal, los PTS departamentales presentaron una desarticulación normativa importante con respecto a la política nacional de juventud. Así, la definición de juventud de la Ley 375 de 1997 (p.1), actualizada por la Ley Estatutaria 1622 de 2013 (p.2), no fue incorporada en la planificación sanitaria, lo que ocasionó pérdida de información específica para el grupo de 14 a 28 años durante el periodo analizado. Esta omisión vulneró derechos establecidos en la Ley 1622, como el derecho a salud sexual y reproductiva (Ley 1622 de 2013, p.4), el acceso y permanencia en la atención primaria con enfoque diferencial (p.4) y el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil en dimensiones civil, social y pública (Ley 1622 de 2013, p.4). La desarticulación del PTS 2020-2023 con una ley de rango cuasi constitucional (Ámbito Jurídico, 2013), reprodujo un desfase programático que implica limitaciones en la capacidad del sistema de salud para reconocer a las juventudes como titulares de derechos diferenciados, así como para formular intervenciones coherentes con sus modos de vida, como se muestra a continuación:

> Si bien para 2022 las principales causas de la morbilidad reportadas en los PTS ya se desagregaban para adolescentes (12 a 18 años), y para juventudes entre 14 y 26 años, esta continuó desactualizada, pues esta edad corresponde a la definida por la ley 375 de 1997 art. 3: Juventud. Para los fines de participación y derechos sociales de los que trata la presente ley, se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años de edad. Esta definición no sustituye los límites de edad establecidos en otras leyes para adolescentes y jóvenes en las que se establecen garantías penales, sistemas de protección, responsabilidades civiles y derechos ciudadanos”. (Ley 375 de 1997, p1)

Dicha Ley, fue reglamentada por los decretos nacionales 89 (art.1 parágrafo que refuerza el grupo etario) y 8322 de 2000, derogados posteriormente por la Ley Estatutaria 1622 de 2013 que en su artículo 5 planteó:

> […]Joven. Toda persona entre 14 y **28** años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía […]". (Ley 1622 de 2013, p2)

Lo anterior, llevó a identificar un desajuste de las políticas de salud con otras políticas sociales disponibles, incluso después de siete (7) años de haber sido publicada y que mantiene datos limitados en los reportes ASIS, desagregando de forma incorrecta este colectivo. Desde esta situación de desarticulación entre políticas, se identificó la vulneración de los titulares de derecho, en una omisión que persiste desde los entes territoriales, quienes tienen desafíos para reconocer la normativa para un ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil.

Por su parte desde 2013 la Ley 1622 estableció los aspectos para garantizar esa ciudadanía juvenil en su artículo 8. *Medidas de Prevención, Protección, Promoción y Garantía de los Derechos de los y las Jóvenes*:

Para la prevención

> El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país, medida 4: Los y las jóvenes tienen derecho al pleno disfrute de su salud sexual y reproductiva, por lo que el Estado creará políticas de prevención, formación e información *con enfoque diferencial y* de responsabilidad. (Ley 1622 de 2013, p4)

Para la promoción

> El Estado debe garantizar a las y los jóvenes el acceso, disponibilidad, permanencia y calidad en atención en salud primaria con enfoque diferencial, además de *garantizar su participación en los espacios de decisión del sistema de salud* del país; así como, recibir atención primaria en salud (diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, psicológica, psiquiátrica especializada e integral) en cualquiera de las etapas del proceso. (Ley 1622 de 2013, p4)

Es relevante conceptualizar lo que la Ley denominó ciudadanía juvenil:

> Condición de cada uno de los miembros jóvenes de la comunidad política democrática; y para el caso de esta ley implica *el ejercicio de los derechos y deberes de los jóvenes en el marco de sus relaciones con otros jóvenes, la sociedad y el Estado*. La exigibilidad de los derechos y el cumplimiento de los deberes estará referido a las tres dimensiones de la ciudadanía: civil, social y pública. (Ley 1622 de 2013, p. 4)

Esta omisión de la normativa de juventudes, es una situación recurrente en la configuración de políticas de salud, y no debe ser entendida como algo menor, en cambio corresponde a una situación problemática *naturalizada*, que reporta datos con cortes de edad diferentes y que afecta la magnitud de los problemas de salud de las juventudes, lo que lleva a presentar subreporte de información que se traduce en insumos para la configuración de las políticas de salud para cada trienio (PTS), quinquenio o en algunos casos en perspectiva decenal (PDSP).

Como en el nivel nacional, en el Valle del Cauca tuvo como actor principal de la agenda de salud de las juventudes a la Secretaría de Salud.

Hitos PTS departamentales:

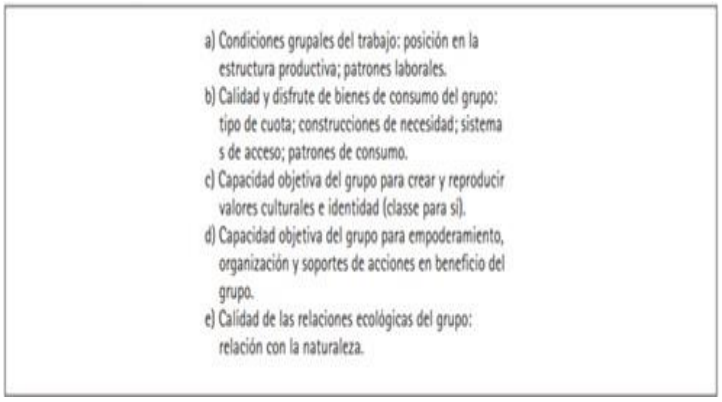
Hito 1. Se identificó que el PTS 2020-2023 priorizó en la dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles la morbilidad por enfermedades no transmisibles en infancia y *adolescencia* (parte de las juventudes).

Hito 2. Dentro de la priorización para el componente de Salud mental se identificó mayor implementación del curso de vida, pero además una comprensión de la carga de la enfermedad por género, para población masculina. Lo que orienta la comprensión de una problemática centrada en un grupo social que en términos de Breilh se presenta en los modos de vida:

> […]Los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando el margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder […] (Breilh, 2010, p.103).

Lo anterior se representó por Breilh, así:

Imagen 36.Modo de vida (Grupal o colectivo)- (Condiciones y espacios estructurados; cambios a largo plazo)



Fuente. Tomado y adaptado de Breilh 2010, p 103

Pese a los avances en la lectura territorial y en el reconocimiento de brechas urbano-rurales, persistieron omisiones estructurales en la agenda de salud para juventudes. No se desarrollaron líneas específicas, por ejemplo reconocer hogares con jefatura juvenil-y su vulnerabilidad-, juventudes con discapacidad, en condición de calle, migratoria o no escolarizadas. Asimismo, aunque los documentos de análisis situacionales disponibles reportaron desigualdades en el acceso a los servicios de salud, la violencia y el consumo de SPA, estas problemáticas no se tradujeron en programas diferenciados dentro del PTS. En cambio durante el decenio el gobierno enfatizó en la infraestructura deportiva y

en la consolidación del departamento como clúster de salud, lo que pudo desplazar o limitar de la agenda integral de salud los modos de vida de las juventudes. De igual forma se reconoce que los PTS departamentales tuvieron avances importantes (ejemplo la inclusión reciente de la agenda de ENT en adolescentes), pero fueron insuficientes.

Adicionalmente, las entrevistas reflejaron una débil articulación entre diferentes sectores para abordar la temática de salud y entre niveles de gobierno, con un bajo reconocimiento de la perspectiva de curso de vida por sectores fuera del área de la salud, con una priorización de la agenda de infancia y acciones para adolescencia. La agenda para juventudes entre 18 y 28 años fue marginal. De esta manera, se limitó la capacidad del nivel departamental para modificar los determinantes estructurales e intermedios. en general las acciones fueron insuficientes para responder a las necesidades de las juventudes vallecaucanas entre 2012 y 2022.

Perspectiva distrital del abordaje de la salud y las juventudes 2012-2022

En este apartado se presentan los hallazgos del análisis narrativo de los tres planes de desarrollo de la ciudad de Santiago de Cali entre 2012 y 2022.

Rodrigo Guerrero Velasco 2012-2015

Para este momento, si bien la perspectiva de curso de vida estaba institucionalizada a nivel nacional, los programas sociales dentro de los que se encuentran los de salud presentaban una dificultad en general, pues vinculaban simultáneamente varios cursos de vida. Así, la agenda de juventudes -en el nivel nacional y departamental- estuvo articulada a la de infancia, como por ejemplo el programa 2021.390.701, dirigido a la Promoción, Prevención, Inclusión y Generación de Oportunidades con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ).

En términos de agenda de salud, si bien se identificaron indicadores que involucraban a actores institucionales en torno a objetivos comunes por ejemplo en la atención de la discapacidad, estos fueron dirigidos a población general y no discriminaron por curso de vida, ni siquiera para el grupo adolescente. Esta situación limitó la identificación de acciones específicas para la juventud.

Desde la perspectiva de entornos y en coherencia con el referencial de Guerrero sobre la violencia como respuesta a la inseguridad y los conflictos sociales, se identificaron acciones intersectoriales en instituciones educativas públicas orientadas a promover la convivencia y la seguridad, no obstante, aunque durante el periodo se realizaron investigaciones para el levantamiento de información, el plan de desarrollo 2012-2015 no presentó líneas de base para esas acciones, lo que sugiere que, desde el inicio del decenio, se han configurado las políticas públicas sin un diagnóstico de juventud, por ende, los indicadores disponibles para juventudes se definieron mayoritariamente desde una visión de vulnerabilidad a eventos concretos trabajados previamente, marginando aquellos vinculados a los determinantes estructurales, como por ejemplo, las acciones proyectadas en establecimientos comerciales para la prevención de la prostitución y la explotación sexual de niños niñas y adolescentes, por medio de operativos de control.

La combinación de las juventudes en la agenda de infancia implicó que los indicadores, recursos, equipos técnicos y reportes de cumplimiento se orientaran prioritariamente a la niñez, dada su mayor vulnerabilidad social, lo que desplazó la agenda para juventudes. Se identificó una baja articulación de la normativa nacional con el Plan de Desarrollo municipal, que continuó adquiriendo la categoría de juventud de la ley 335 del 97, que no incluía las personas de 27 y 28 años a pesar de que en 2013 ya se había sancionado la ley estatutaria 1622, lo que se menciona como atemporalidad externa de las políticas.

En la alcaldía de Guerrero se realizó una caracterización preliminar de las juventudes de Cali, durante la que emergió la narrativa de *ausencia de privacidad* en el mundo juvenil. En este periodo, se comprendió a las juventudes más allá del entorno escolar y urbano, particularmente visibilizando realidades juveniles en el marco del conflicto armado de los cuales 29.2% eran jóvenes. De estos, el 5,4% estaba en situación de desplazamiento, 0,6% eran reinsertados(as), el 1,2% desmovilizados(as), el 1,4% desvinculados(as), el 3,3% receptores(as) y el 17,3% vulnerables. Lo anterior, reflejó la exposición a situaciones estructurales de violencia y exclusión que determinan los itinerarios juveniles. Desde esta mirada, se identificaron barreras estructurales que limitan la movilidad social y bloquean el posicionamiento de una agencia juvenil.

Si bien, desde la Alcaldía de Santiago de Cali se reconocía la relación de la violencia de las juventudes y sus implicaciones en los datos epidemiológicos de mortalidad, la comprensión de su agencia social estuvo supeditada a la inseguridad, la violencia y el narcotráfico como si fueran parte de su trayectoria juvenil. Desde esta mirada se estableció la agenda para juventudes, como por ejemplo, el programa "*jóvenes vinculados a procesos de desaprendizaje de la violencia*", lo cual, aunque constituyó una buena iniciativa, resultó estigmatizante, pues aludía a que el actor juvenil tenía "una violencia propia que olvidar" y, a la vez parece ingenua, ya que, no problematizó los mecanismos promotores de esas violencias y que se sabe son factores para instrumentalizar las necesidades de los jóvenes (comida, vivienda, recreación, educación), en función de los intereses de los actores al margen de la ley.

En Cali, coexisten diferentes tipos de violencia que permean los modos de vida y la experiencia de las juventudes de la ciudad. Una de las violencias presentes en 2011 fue la *Violencia familiar no sexual* Esta, afectó principalmente a personas entre 18 a 29 años y a los adolescentes. Por este tiempo, el desarrollo de los observatorios sociales avanzaba como estrategia de visibilización de problemáticas contextualizadas, apropósito de la narrativa de gobernanza y la necesidad de fortalecer la participación de diferentes actores. Para Cali se identificó un Observatorio de violencia familiar, que a la fecha de esta investigación, solo contaba con datos de 2011, es decir, a partir del gobierno de Guerrero no se registraron más datos. La violencia familiar afecta los modos de vida y por ende repercute en la salud de las juventudes.

Guerrero dando alcance a la sanción de la Ley 1620 de 2013 *Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el ejercicio de los Derechos Humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar*, desarrolló las *Guías Para la activación de la Ruta de Atención Integral de Convivencia Escola*r, con el liderazgo de la Secretaría de Educación para la paz y los derechos, a través del Comité Municipal de Comunidad Escolar (COMCE) conformado por las Secretarías de Salud, Cultura y Turismo, gobierno, Fiscalía unidad para adolescentes, Policía de infancia y adolescencia, Personería municipal y dos representantes de instituciones educativas (uno de públicas y el otro de privadas).

Por otro lado, fue en el gobierno de Guerrero cuando se sancionó el acuerdo 0382 de 2014, *Política pública de atención a la discapacidad* del municipio de Santiago de Cali, dentro del cual se estableció la línea de acción para la prevención de asuntos relacionados con la salud física y mental, el proyecto de vida y la prevención de la exclusión, con el proyecto *Inclusión de niños y Jóvenes con discapacidad en los programas de educación sexual y prevención de sustancias psicoactivas y demás programas y proyectos del Estado,* dirigidos a la prevención de riesgos en jóvenes, que se articuló con los indicadores del Plan de desarrollo Municipal de Guerrero, que proyectó acciones sobre los medios de transporte, limitaciones de acceso a la educación y al deporte que, si bien, no se centró en juventudes, se reconocen en este análisis, pues son acciones vinculadas al acceso de los servicios de salud. Por ejemplo, las limitaciones de movilidad implican sobrecostos en el transporte a citas médicas, terapias, reclamo de medicamentos y demás, lo que afecta la salud de la población general, incluidas las juventudes.

Con respecto a la salud ambiental, si bien no se presenta como eje protagónico se identificó la creación del Observatorio ambiental del municipio de Santiago de Cali a cargo del DAGMA (Alcaldía de Cali, 2012, p.180), que como se mencionó antes, tanto a nivel internacional como nacional la implementación de observatorios fue una estrategia para la visibilización y monitorear datos de las situaciones de diferentes áreas (salud, alimentación, violencia entre otros). Sin embargo, el mantenimiento, equipo técnico y personal para consolidar y mantener estos observatorios no siempre se contempla, con lo que algunos de estos aunque aparecen en red, no cuentan con datos actualizados, por las necesidades de investigación, procesamiento y registro de datos.

Por otro lado, en el gobierno de Guerrero, si bien se mencionó instrumentalmente la población joven "i*nfractora*", no se identificaron acciones focalizadas en los modos de vida de personas entre 14 y 28 años que transitaban su experiencia juvenil en privación de la libertad en el SRPA, con lo cual, se declara que en este periodo se omitieron estas realidades en las juventudes en Cali. Adicionalmente, por lo menos en la proyección de la hoja de ruta del gobierno de Guerrero, no se identificó articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que es reconocido como el actor

gubernamental que lidera la agenda de la población menor de 18 años, lo que se interpreta como una agenda adolescente. Lo anterior, no es mínimo pues evidencia estrategias de acciones en política pública dentro de los Planes de Desarrollo distritales que requieren mayor cohesión de los actores institucionales, ya que en su misionalidad, tienen asignada la agenda de los adolescentes. Incluso, esta ausencia del ICBF resulta más significativa pues en el periodo de Guerrero ya se contaba con la Mesa temática del SRPA, liderada por la Unidad Coordinadora del SRPA de la Fiscalía, en la que se reunían actores del sistema judicial y Secretarías de Educación y Cultura y demás actores inmersos en la temática de la salud de las juventudes privadas de la libertad. Se identificó que los jueces del SRPA son actores centrales con respecto a la garantía del derecho a la salud, pues son quienes *autorizan* la salida de los jóvenes de los centros SRPA hacia las entidades de salud, un asunto determinante para el acceso efectivo en la atención en salud.

Nuevamente, la agenda de Juventudes estaba inmersa en la de infancia, lo que implicó que se compartieran indicadores, recursos, equipos y reportes de cumplimiento. Como es usual dado el nivel de vulnerabilidad diferente entre cursos de vida y reconociendo que los recursos de estas políticas pudieron ser limitados, las acciones identificadas se centraron en la infancia más que en actividades para la adolescencia y juventud.

Maurice Armitage Cadavid "Cali Progresa Contigo" 2016-2019

El componente de empleabilidad en el gobierno de Armitage fue muy cuestionado, a pesar de que en la agenda se promovían narrativas de promoción de los derechos al trabajo incluidos los Grupos Organizados de Trabajadores Informales (GOTIS), dentro de los cuales se operativizaban programas de Seguridad y Salud en el Trabajo. Esta perspectiva fue importante, ya que, para el caso de las juventudes, se reportó que la tasa de ocupación juvenil pasó de 51.1% al inicio del periodo de gobierno de Armitage y cayó en 2019 a 47.7% (CIEC, 2023, p.3), además para este mismo periodo se perdieron cerca de 9.000 puestos de trabajo entre 2016 a 2019 (CIEC, 2023, p.7).

Para este gobierno se identificó una proyección más articulada de los modos de vida de las poblaciones, ya que, se presenta una concepción más gráfica del concepto de ciudad,

su distribución y por ende un emergente reconocimiento de esto sobre los itinerarios de las personas (Alcaldía de Cali, 2016, p.38). En términos de Breilh impactan los modos de vida, los desplazamientos para trabajo y formación, descripción importante de los medios de transporte convencionales y alternativos. Sin embargo, la narrativa de Armitage estuvo orientada a promover que era la empresa privada (fundaciones o empresas) las que abordarían mejor las problemáticas de los jóvenes. En sus afirmaciones, promovió narrativas con respecto a la *inoperancia del Estado*, por lo cual era necesaria la articulación con el sector privado para solucionar las desigualdades sociales. Sin embargo, se debe considerar que Armitage, tenía vínculos con los ingenios azucareros de la región, además, su familia tiene vínculos con la fundación *SIDOC*[99]*,* que incluso ha operativizado programas y proyectos dirigidos a juventudes en la ciudad, por lo que su narrativa puede estar relacionada con intereses económicos. La fundación *SIDOC* mayoritariamente ha desarrollado acciones enfocados a influenciar la problemática del hambre y en los últimos dos años ha vinculado narrativas juveniles en la agenda de seguridad alimentaria en el distrito de Cali.

Es relevante reconocer que el gobierno Distrital se comprometió a desarrollar las agendas de diversidad sexual y de la condición de calle que para el cierre de su gobierno no se concretaron (Alcaldía de Cali[100], 2020, p.109). Dichos procesos estuvieron a cargo de la Secretaría de Bienestar Social (SBS), al igual que toda la agenda social de Armitage, entre ellas la configuración de la política pública de juventud de Cali y parte de la PPSSAN de la ciudad, siendo estas dos últimas las que se sancionaron. Dentro de esta lógica se identificó un interés del gobierno local por producir políticas para cada problema público.

Armitage, promovió la configuración de políticas públicas para cada problema social, sin embargo muchas no cumplieron sus metas a saber: Política de la población con identidad y orientación sexual diversa; Política de Bilingüismo; Política Social para personas en condición de habitancia y situación de calle; Política de Desarrollo Rural; Política de Turismo; Política de libertad de culto y conciencia personas basadas en la fe; Política de Participación Ciudadana; Política Cali-Afro (Alcaldía de Cali, 2020, p.102,104,107).

[99] Siderúrgica de Occidente
[100] Evaluación del cumplimiento del PDD de Armitage, realizada por el gobierno de Jorge Iván Ospina.

Armitage asignó parte de la agenda de salud pública al eje de Política Social en su plan de desarrollo. Destinó el 54.4% del presupuesto del eje Social en dos componentes, a Salud Pública oportuna y confiable (26.8%) y a Educación con calidad, eficiencia y equidad (27.6%) (Alcaldía de Cali, 2020, p.95). Dentro de este eje y en el componente construyendo sociedad, fue en el que se implementó el programa *Niños, niñas, adolescentes y jóvenes con oportunidades para su desarrollo*. No obstante, aunque en su gobierno dio paso a las acciones de la política de discapacidad de la ciudad ésta no se discriminó por curso de vida, algo necesario, ya que, son diferentes los desafíos que se presentan en los modos de vida y por ende en la consolidación del proyecto de vida y la salud para población entre 14 a 28 años, en comparación a otros cursos de vida.

Por otro lado, con respecto a la garantía de derechos humanos del componente social, las acciones sobre juventudes como aquellas VCA, se proyectaron en indicadores de permanencia y acceso a la educación -lo que se reconoce como una acción transectorial para la agenda de salud- y que para este gobierno se cumplió al 100%; entre otros, se destaca la estrategia *Gestores de paz,* de la que participaron 3109 jóvenes con trayectorias de vida en contextos de conflicto armado (víctima o residente), desmovilización o en alto riesgo (Alcaldía de Cali, 2016, p.14).

Finalmente, a lo largo del periodo de gobierno se identificó la configuración de varias políticas públicas, así, la Política pública de movilidad segura, saludable, sostenible y accesible; Política pública de Desarrollo Rural; Política pública de Convivencia Familiar además la Política pública Municipal de Libertad de Cultos y Conciencia y fortalecimiento de la acción social de las comunidades y organizaciones basadas en la fé (Acuerdo 0447 de 2018). Lo anterior, se puede interpretar como una réplica organizacional de la gestión pública del nivel nacional con el PDSP 2012-2025, en el que parece ser que para cada problemática priorizada se debe generar una política pública. En este periodo, se alcanzó un nivel de conocimiento y dependencia de diseñar documentos de política, y que re reforzó con la publicación de la "*Guía metodológica para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de Santiago de Cali,* que entró en vigor en noviembre del 2019 y por medio del cual se *estandarizó la forma de hacer las políticas.* Así, en este gobierno se identificó una gran producción de políticas públicas.

Esto último es relevante, porque el estudio de las políticas públicas no siempre considera aspectos del orden organizacional que aunque parece estar desvinculado de los problemas públicos o de las poblaciones a las que se dirigen, estos, constituyen un eslabón importante en el proceso de la configuración de políticas públicas, ya que dichos procesos administrativos pueden determinar el avance o bloqueo de las agendas.

Jorge Iván Ospina Cali Distrito especial 2020-2023

La narrativa institucional del gobierno distrital refirió un empoderamiento de las juventudes distritales en los comités de las juntas de acción comunal, sin embargo, no se identificaron datos, ni indicadores que soportaran esta afirmación y en contraste las contranarrativas juveniles refirieron desfinanciación de los programas para jóvenes, como se muestra a continuación:

> Digamos que, como te decía, creo que hasta desde el 2017 está el programa, porque claro, creo que la política pública va a responder a unas dinámicas … precisamente un programa de juventud de la Alcaldía, pero indiscutiblemente lo que pasó en estos cuatro periodos de gobierno (desfinanciación), hace que el tema de las juventudes, pues tenga una priorización del tema, con todo lo que ha sido o fue el estallido social, que fue casi que a inicios de este gobierno. (P_AGIDc_SBS_Juv_002)

Los documentos distritales indicaban la disponibilidad de una red protectora en función de cuatro entornos: familiar, educativo-laboral, comunitario e intersectorial que interactúan en simultáneo para brindar una atención integral en salud mental a la población desde el modelo "*Tejiendo Sueños Contigo*" (imagen 38), que se centró en tres temáticas: consumo de SPA, violencias y trastornos de salud mental. Sin embargo, en las narrativas distritales no se referenció por los actores juveniles entrevistados.

Imagen 37.Modelo de salud mental tejiendo sueños contigo



Fuente. Tomada de Programa tejiendo sueños Cali 2020-2023

Con respecto al modelo la secretaría de salud indicó:

> Este modelo se diseñó bajo el concepto de salud mental comunitaria, el cual tiene como objetivo brindar una atención integral, reconociendo que no solo desde el sector salud se puede atender la problemática de salud mental. Fue por esta razón, que este modelo incorporó para su operatividad los conceptos de red prestadora y Red protectora[101] (Alcaldía de Cali, 2021).

Con respecto a la salud mental el entorno escolar se declaró como un "entorno seguro" en el que los adolescentes evitan la exposición a diferentes vulneraciones disponibles en otros lugares (el barrio, el trabajo, la calle). No obstante, se identifica una dualidad sobre esta afirmación, ya que en algunos lugares de la ciudad con alta vulnerabilidad, la escuela fue uno de los focos de distribución del microtráfico, dejando a la población escolarizada disponible a ser persuadida, bien sea para que participe de la red de microtráfico (en la cadena de distribución) o como cliente (consumidor de SPA).

Si bien en este plan de desarrollo de ciudad se describieron los indicadores por línea de acción discriminados por política pública, para la Política de Juventud Distrital no fueron claros dichos indicadores, en cambio, se identificó la combinación con otros cursos de vida, como el *programa 52001 Niños, niñas, adolescentes y familias en condición de*

[101] Conformada por diferentes actores comunitarios para prevenir riesgos y promover la salud mental

vulnerabilidad, vinculados a la oferta institucional en prevención de violencias y garantía del ejercicio de sus derechos, asignado a la Secretaría de Bienestar Social (Indicador de Bienestar). Las acciones principalmente fueron dirigidas a personas entre 14 y 18 años (adolescentes).

Salud Sexual y reproductiva en el gobierno de Ospina

Para el gobierno de Ospina la agenda en salud se operativizó en la *Declaratoria 753242 Salud Sexual y Reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes*, dentro de los compromisos se identificaron:

- A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.
- Al 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.
- Aumentar a 2021 significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad).

Participación como estrategia para una efectividad del Derecho a la salud en las juventudes.

Se identificaron narrativas sobre las tensiones que emergen entre la oportunidad de participación de los jóvenes en procesos de configuración de política pública y los itinerarios juveniles, dentro de los que se priorizan actividades para la generación de recursos económicos (empleabilidad formal e informal), como en sus agendas académicas, en algunos casos las dos simultáneamente. Lo anterior, se determina por sus modos de vida, afectando en algunos casos la asistencia de las juventudes a espacios de discusión política, ya que, ésta se surte en estos escenarios centrales de la ciudad -fuera de sus barrios-, demandan disponibilidad y tiempo de los jóvenes para asistir a reuniones, talleres y demás actividades deliberativas, lo que puede representar inversión económica y ajustes en sus itinerarios a raíz de estos procesos. Una de las opciones planteadas, fue el reconocimiento de la participación como paso preliminar a la garantía de sus derechos, para lo que se deben considerar mecanismos de estímulo y

compensación tanto en el entorno académico como en el laboral, para quienes se articulan activamente a estos procesos socio-políticos en los que se determina la agenda en salud. Con respecto a esta recomendación emergente, aspectos como el desempleo juvenil, la precarización laboral de las juventudes y la deserción escolar se deben considerar como aspectos centrales relacionados con la participación, ya que por ejemplo, Cali cuenta con 92 Instituciones Educativas Oficiales (IEO), 340 sedes educativas y 152 mil estudiantes, en las que la tasa de deserción estudiantil alcanza el 6% duplicando la cifra nacional que es del 3.8%. (90 minutos, 2022).

Los actores gubernamentales principalmente vinculados a la agenda de juventudes en el gobierno de Ospina, fueron: el Departamento Administrativo de Tecnología de la Información y las Telecomunicaciones (DATIC) con 11 indicadores; Secretaría de Paz y Cultura Ciudadana con ocho indicadores; Secretaría de salud pública con once indicadores; Secretaría de Bienestar Social con siete indicadores; Secretaría de Educación con seis indicadores, Secretaría de Seguridad y Justicia con cinco indicadores, Secretaría del Deporte y la Recreación con cinco indicadores; Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente (DAGMA) con siete indicadores; Secretaría de cultura con dos indicadores; Secretaría de Desarrollo Económico con 1 indicador y la Secretaría de Turismo con un indicador. (Ver Anexo 06)

Actores en el nivel Distrital

Las actas del nivel local refirieron que diversos actores para 2020 reportaron actividades generales para dar alcance a los indicadores de la política pública de juventud, sin embargo, esta respuesta es deficiente, pues contrario a otras políticas en esta los indicadores para Juventudes son muy concretos, como se muestra a continuación: “Número de espacios generados para jóvenes interesados en temas ambientales como intercambio de saberes, foros, seminarios y conferencistas”.

Esta descripción clara del indicador “*generados para jóvenes*”, implicaba que las acciones realizadas tendrían una perspectiva de juventud, como se pretende con la Política de Juventud, ya que hay un interés -precisamente- en que se configuren las

temáticas, metodologías, técnicas y herramientas al servicio de dichos contenidos programáticos, con enfoque de juventud. Con respecto al indicador referido, la respuesta común en las entidades del gobierno distrital frente al cumplimiento de la agenda de juventudes fue de cumplimiento, pero en la práctica refleja una agenda de juventudes transversalizada y por ende compleja de rastrear al carecer de indicadores propios, lo que se ha mostrado a lo largo de la investigación en los tres niveles de gobierno.

Otro ejemplo, fue la afirmación institucional del gobierno distrital, en el que se indica un emergente empoderamiento de la población de juventudes en los comités de las juntas de acción comunal, sin embargo, no se cuenta con cifras, indicadores o reportes de la inversión realizada, lo cual muestra debilidad en los soportes, esto, en contraste con las narrativas comunitarias que reportaron una desfinanciación de la agenda de juventudes.

Desafíos en el desarrollo de las políticas para las juventudes incluidas las de salud

En los tres niveles de gobierno se identifica narrativas que sugieren una baja aplicación del enfoque de juventudes en los componentes de los PDD. Así, a nivel territorial las actas de reuniones reportaron una *baja implementación* de la política de juventudes, pues para 2020 se contaba apenas con el 49.4% de implementación (vinculado a los efectos de la pandemia) y debido un proceso de armonización entre el periodo de cambio de gobernantes y sus equipos. De igual forma, como en otros documentos se identifica la necesidad de realizar mayor discriminación de la población como de los presupuestos definidos para los jóvenes, dado que en varios proyectos sombrilla no se reportaron como receptores de la política a las juventudes, pero que justifican acciones para estos con “presupuestos globales” (D111: Acta_Sec_Saluddecali_2022, p.4).

En el reporte de avances de la política pública de juventudes de Cali (PPJC) se identifica una narrativa de la interrupción de la implementación de la política por la contingencia de la pandemia por COVID 19, de igual, forma se identificaron narrativas de proyección de acciones, pero no de actividades concretas aprobadas o implementadas. Esta misma situación se reportó con la implementación de la política pública de prevención de la delincuencia en adolescentes y jóvenes (PND, 2018, p.468). Lo anterior, es una constante a nivel nacional, departamental y distrital, se reportan actividades para

juventudes carentes de un enfoque de juventud, no reflejan sus necesidades, más grave aún, los documentos reportan situaciones en las que se reportaron inconsistencias documentales entre los reportes de actividades y estado de los proyectos, como se muestra a continuación:

> "Los avances de las metas no coinciden con los avances de los proyectos. También se presentan proyectos con avance en la meta, pero sin avance en la ejecución presupuestal o física" (D111: Acta_Sec_SALUDDECALI_2022, p.4)

Lo anterior, sugiere que se reportaron datos incongruentes con los desarrollos de los proyectos de la PPJ. De igual forma las Secretarías de Educación, junto con las Secretaría de Seguridad y Justicia, Movilidad, Desarrollo Territorial y Participación Ciudadana *no* reportaron avances de Política pública de Juventudes, ni tampoco proyectos para Cali en el 2020. Con lo cual permite afirmar que la agenda de juventudes ha sido desplazada por diferentes entidades y que puede que no se considerara importante.

Sin duda a lo largo del análisis a tres niveles se establece que la política de juventudes y la PDSP, los PTS incluidos departamentales y distritales avanzaron en los últimos 10 años pero se sustentaron en datos incipientes sobre los modos de vida de las juventudes que pretendían atender. Así en el nivel distrital las entrevistas, tanto de funcionarios como de las juventudes reportaron esta necesidad como sentida, ya que se configuran políticas públicas sin datos de la situación de las poblaciones receptoras de estas y por ende, como se ha registrado en esta investigación, se definen indicadores insuficientes o equivocados para la transformación de las realidades de las juventudes.

Una de estas narrativas se muestra a continuación:

> De manera respetuosa, recalca la importancia de generar un diagnóstico de la población juvenil del Distrito Especial de Santiago de Cali en el entendido que desde el año 2006 no se ha realizado y además, permitiría aterrizar esos indicadores de Política pública de Juventudes materializándolos en las acciones en territorio. (D111: Acta_Sec_saluddecali_2022, p.6)

Esta investigación converge con Volleberg (2020) en que la Política de Educación Inclusiva en Namibia fue interpretada de forma diferente por tres comunidades interpretativas: gobierno, expertos y receptores de la política, visibilizando conflictos de marcos sobre la definición del problema y el rol del Estado sobre estos. Para el caso de Cali, las políticas públicas de salud se configuraron a partir de narrativas e interpretaciones de los *actores institucionales*, determinando la definición de la agenda y en la comprensión de las juventudes durante el proceso. Ambas investigaciones evidencian que las políticas públicas adquieren significados diferenciados según la posición y experiencia de los actores involucrados (Volleberg, 2020).

Narrativas Nivel Nacional

1. Se identificó una narrativa de orientación del rol de la familia en la garantía de la protección de los adolescentes del país, en función priorizar las familias con menores de edad en el hogar y considerando la evolución y experiencias identificadas en el SRPA, se reconoció la importancia de la familia con respecto a la tasa de reincidencia de los jóvenes en el sistema.

2. La narrativa documental sugiere que la categoría "género" en los procesos de análisis de las políticas por lo menos hasta el año 2017 se focalizaban en las acciones *principalmente para la Mujer*, es decir, el enfoque de género no incluyó la perspectiva de diversidad como se conoce actualmente, que corresponde a la comunidad LGBTI+Q. Así, las narrativas de diversidad son escasas y los datos disponibles de los modos de vida se enmarcan principalmente en forma dicotómica masculino y femenino.

3. Los indicadores del PDSP 2012-2021 no reflejaban la orientación de un "derecho al pleno disfrute de su salud sexual y reproductiva", por lo que se redujo al control de la natalidad y las ETS, pero no se identifican narrativas que establezcan operativizar ese derecho al pleno disfrute.

4. Con respecto a los marcos teóricos, la comprensión de los Determinantes Sociales de la Salud como sustento para la configuración del PDSP 2012-2021, se identificó una narrativa dominante desde el nivel central, con dificultades de apropiación en el

nivel departamental y distrital, tanto en actores institucionales como de las juventudes. Lo anterior, era central desde el modelo de DSS. Adicionalmente, esta perspectiva fue menos discutida e incorporada en el componente de salud de la política de juventud distrital.

5. Existe un contrarrelato nacional e institucional con respecto a que *efectivamente hay una comprensión y operativización plena de la Teoría DSS en la Política pública de Salud con enfoque de curso de vida*, lo cual sugiere predominancia de los Modelo Top-Down característicos en las políticas sanitarias en las que los actores tecnócratas pueden tener mayor incidencia que los grupos sociales.

6. Con respecto a la comprensión de las juventudes y la configuración de la política de salud, hubo ausencia de los grupos de jóvenes, por ende escasas narrativas de contraste a la visión y necesidades instauradas desde el nivel nacional, ya que fueron principalmente relatos de actores institucionales y sectoriales.

En este punto y en línea con Mertanen (2020) quien indicó que las políticas europeas construyen discursivamente a los jóvenes a partir de categorías como exclusión social y empleabilidad, en los resultados de esta investigación indica que las narrativas institucionales en la política de salud para juventudes en Cali tienden a reconocer a las juventudes principalmente como adolescentes en riesgo y sujetos de intervención. En ambos casos, el análisis evidencia que las definiciones del problema público no son neutrales, sino que emergen de marcos narrativos e institucionales que orientan las agendas y las respuestas de política. No obstante, a diferencia del estudio de Mertanen, centrado en la problematización discursiva de la juventud en políticas sociales europeas, esta investigación examina además cómo las dinámicas entre actores, las agendas institucionales y los espacios de participación inciden en la configuración concreta de la política pública de salud para juventudes en el contexto local (Mertanen, 2020).

El análisis realizado a tres niveles con respecto al PDSP 2012-2021 revela que el nivel nacional expidió políticas públicas nacionales por lo menos para cuatro (4) de las ocho (8) dimensiones del PDSP, lo que se interpreta como una narrativa de salud nuevamente desarticulada. Aunque cada una se sancionó, estas coexisten desde una *atemporalidad*

externa, que las mantiene desarticuladas, siendo configuradas principalmente por expertos y tecnócratas de cada dimensión de la macropolítica.

Narrativas nivel departamental

1. La comprensión de las juventudes estuvo alineada a la narrativa nacional "*son adolescentes"*. Desde la minoría de edad se entienden como responsabilidad de la familia, dando por hecho que la familia como institución prevalece en la sociedad del departamento, lo cual es cuestionable.

2. La agenda de salud de los PTS fusionó las metas de los adolescentes con otros cursos de vida, principalmente *primera infancia e infancia*.

3. A pesar de que para el periodo evaluado ya se identificaba un aumento de las consultas por ENT a los tres niveles de gobierno, fue apenas entre 2016 y 2019 que se declararon acciones para personas menores de 18 años en el PTS departamental.

4. La caracterización de los modos de vida de las juventudes del país para Pacífico y Cali se fragmentó, priorizó datos de adolescentes determinando acciones para personas entre 14 y 17 años, dejando de lado juventudes entre 18 y 28 años.

5. Se reitera que las cifras en bloque no permiten dar cuenta de los modos de vida, las situaciones de exposición y de oportunidad de las juventudes.

6. las acciones sobre población entre 14 y 28 años se comprendieron estratégicamente en el entorno escolar.

7. las acciones de salud alimentaria y nutricional *solo estuvieron* enfocadas para *primera infancia*, aunque la narrativa indicaba que también se destinaba para población adolescente.

Esta investigación encontró similitud a los hallazgos de otros autores, como:

- Las políticas para jóvenes se estructuran desde problemas públicos definidos por la institucionalidad MacMahon (2019).

- Los ideales valores y creencias influyen en las políticas, estas evolucionan y cambian constantemente Alwari Fátima (2024).

- Las narrativas institucionales configuran percepciones públicas sobre la política Mertane K (2019).

- Las narrativas de los actores sobre el problema determinan las políticas, por ende los titulares de derecho de las políticas deben estar vinculados en la definición de la agenda Volleberg Inge (2020).

- Los dispositivos retóricos estructuran la deliberación pública, así como las trayectorias discursivas de las políticas, además en un predominio de los modelos Top-Dow por tecnócratas, por ende las políticas requieren aportes desde otros actores Chica Vélez (2023).

Metanarrativa en la configuración de la política de salud para juventudes

Las personas entre 14 y 28 años son reconocidas por la Ley estatutaria 1622 de 2013 modificada por la Ley 1885 de 2018 como el colectivo de Juventudes. Dentro de este, hay dos subgrupos, la población adolescente (14 y 17 años y 11 meses) y la población adulta joven entre 18 a 28 años. Las políticas de salud dirigidas a estos titulares de derecho en los tres niveles de gobierno, nacional, departamental y distrital deben integrar en sus procesos de configuración de la política pública a los representantes de las juventudes, bien sean representantes del consejo de juventud distrital, o bien porque se cree una submesa de salud juvenil, que acompañe desde su perspectiva, la priorización de temáticas de la agenda de salud, para que se vinculen, sus significados, itinerarios, diversidad de género, autorreconocimiento étnico, incorporando los aportes de las juventudes rurales y urbanas, en la cadena de valor de sus políticas públicas de salud.

El país debe aplicar la caracterización de los modos de vida de las juventudes de Cali, dentro de la planeación y desarrollo los equipos técnicos y operativos deben incluir población juvenil que aporte a la comprensión de las necesidades, modos de vida e implicaciones de estos factores de exposición o de oportunidad sobre los desenlaces de

salud con enfoque territorial. Así mismo, en los comités territoriales de salud deben estar las voces de las juventudes escolarizadas y no escolarizadas, con experiencia juvenil en privación de la libertad, en condición de calle y con discapacidad, conforme sus experiencias juveniles transitan con taras y oportunidades diferentes.

Para la determinación de necesidades -sin excepción-, todos los datos epidemiológicos, de situación social y económica deben reportar la información desagregada para personas entre 14 y 28 años, reconociendo que tiene prioridad el grupo adolescente por la minoría de edad, en todo caso, se deben presentar los datos de salud en los registros de salud, como por ejemplo los *ASIS*, la información de las juventudes datos de la situación de población entre 14 y 28 años, seguida de la desagregación de dos subgrupos así: la primera entre 14 y 17 años 11 meses y la segunda entre 18 años y 28 años.

Además, estos reportes de salud deben incorporar la perspectiva de género, es decir, los datos deben permitir reconocer más allá de la mirada dicotómica tradicional hombre-mujer, la diversidad sexual y de género. Lo anterior, propone la definición de líneas de base con perspectiva de juventud, garantizando una gobernanza participativa, lo que puede influir en la definición de indicadores apropiados que permitan monitorear y agenciar la salud.

Durante la actualización de las políticas públicas de salud, es necesario establecer un inventario de los indicadores disponibles, analizar su pertinencia y llegado el caso incluir indicadores de juventud superando el abordaje desde la *minoría de edad,* que siendo importante es insuficiente y que está *profundamente anidada* como lógica de comprensión del grupo poblacional, por lo menos durante el periodo evaluado.

Metanarrativa de la agenda de salud para juventudes

El análisis comparado por niveles permite identificar una metanarrativa común en la configuración de la agenda de salud para las juventudes en Colombia y, específicamente, en Cali: la salud juvenil ha sido incorporada de manera progresiva a la agenda pública bajo un enfoque integral discursivo, pero con una operacionalización fragmentada, episódica y fuertemente condicionada por marcos epidemiológicos y administrativos.

En los tres niveles de gobierno, la narrativa dominante posiciona la salud de las juventudes como un asunto prioritario, asociado a temáticas recurrentes como la salud sexual y reproductiva, la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y, de forma más reciente, los Determinantes Sociales de la Salud. Esta narrativa se refuerza especialmente a partir de coyunturas críticas -como la pandemia por COVID-19 y la movilización social juvenil-, que amplifican la visibilidad de ciertos desenlaces en salud y facilitaron su ingreso a la agenda.

Sin embargo, la contranarrativa transversal evidencia que esta agenda se ha construido desde una lectura homogénea y adultocéntrica de las juventudes, que las entiende como adolescentes o las integra con grupos entendidos como vulnerables. En consecuencia, los problemas de salud se priorizan en función de su capacidad de medición, reporte y respuesta institucional, más que desde los modos de vida, trayectorias y temporalidades propias de las juventudes, especialmente de aquellas no escolarizadas, rurales, en condiciones de informalidad laboral o afectadas por el conflicto armado.

Desde esta perspectiva, la metanarrativa revela *una atemporalidad interna de la política*: los tiempos que transcurren antes y durante el posicionamiento de la agenda en salud no logran sincronizarse con la velocidad, complejidad y transformación de las experiencias juveniles, lo que limita el alcance real de las intervenciones reproduciendo brechas en la atención de sus necesidades.

Metanarrativa de los actores en las políticas de salud para juventudes

En relación con los actores, el análisis multinivel muestra una metanarrativa caracterizada por la centralidad sostenida del sector salud como actor rector, acompañado de una ampliación progresiva -aunque desigual- de la articulación intersectorial. En los tres niveles, el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud departamentales y distritales han liderado la definición técnica de la agenda, con participación recurrente de los sectores de Educación, Bienestar social, Deporte, Seguridad y, en menor medida, Desarrollo Económico y Ambiente.

La narrativa institucional resalta avances en coordinación, producción de información, fortalecimiento de capacidades técnicas y creación de espacios formales de participación

juvenil (plataformas, consejos y mesas). No obstante, la contranarrativa evidencia que esta articulación ha sido principalmente administrativa y programática, con escasa traducción de procesos estables de incidencia efectiva de las juventudes en la definición de prioridades, indicadores y estrategias.

De manera consistente, los actores juveniles aparecen más como receptores pasivos de las políticas que como sujetos políticos, con una participación predominantemente consultiva, condicionada por barreras territoriales, tecnológicas, metodológicas y simbólicas. Incluso en los momentos de mayor reconocimiento formal -como en el nivel distrital durante el gobierno de Ospina- persiste una distancia entre la institucionalización de la participación y su capacidad real para incidir en las decisiones estratégicas de la agenda en salud.

Esta metanarrativa de actores pone en evidencia una *atemporalidad externa de la política,* en la medida en que la articulación entre salud y otras políticas sociales clave para los modos de vida juveniles (educación, empleo, movilidad, ambiente, participación) avanza a ritmos distintos, generando desfases que debilitan la coherencia y sostenibilidad de las respuestas públicas.

La metanarrativa construida a partir del análisis de narrativas dominantes y contranarrativas permite reformular el problema público de la salud de las juventudes. El problema público no radica en los desenlaces en salud priorizados por la agenda institucional, sino en la forma en que las políticas públicas han construido institucionalmente los significados de las juventudes *como sujetos de intervención en condición de minoría de edad, producto de la tensión del curso de vida*. Esta construcción ha llevado a priorizar problemáticas medibles y programables, dejando en segundo plano los modos de vida, trayectorias y temporalidades que configuran las experiencias juveniles en los territorios, en gran medida debido a la ausencia de datos que permitan comprender sus realidades.

Implicaciones analíticas para la reconfiguración de las políticas de salud para juventudes

A partir de la metanarrativa construida, el análisis sugiere que la principal limitación de las políticas de salud para juventudes corresponde a: la omisión de un enfoque de juventud, ausencia de datos específicos y comprensión fragmentada del grupo poblacional desde la “minoría de edad”. Estas condiciones determinan los procesos que definen, priorizan y articulan temporalmente los problemas públicos en la agenda de salud, generalmente sin la participación efectiva de las juventudes. Lo anterior ha llevado a una reiteración de temáticas en el decenio evaluado, que aunque presenta variaciones graduales en sus narrativas, reproducen políticas orientadas a ciertos eventos en salud más que a los determinantes estructurales que los producen.

Desde el enfoque de Emery Roe, la integración de narrativas y contranarrativas permite reconocer que la política de la salud de las juventudes requiere reconfigurar y actualizar los procesos de priorización de la agenda. Esto implicaría incorporar de manera explícita los modos de vida, la diversidad de trayectorias y la heterogeneidad de las juventudes como criterios centrales de decisión, atendiendo realidades y necesidades emergentes en las tensiones intergeneracionales (ya que no son las mismas juventudes).

Asimismo, se indica la necesidad de transitar hacia una participación con capacidad de incidencia, en la que los actores juveniles no solo validen agendas predefinidas, sino que contribuyan activamente a la definición de problemas, soluciones e indicadores. Sin esta transformación, la política pública en salud para juventudes continuará reproduciendo las brechas sociales y acentuando las atemporalidades internas y externas caracterizadas en el periodo analizado.

Limitaciones de la investigación

Reconociendo el carácter interpretativo de la investigación y las condiciones estructurales del campo de política pública de salud para juventudes, es pertinente presentar las limitaciones del análisis de política realizado desde dos aspectos, como se presentan a continuación:

1. La investigación se enmarcó en el periodo 2012-2022, correspondiente a la temporalidad del primer PDSP del país, lo que situó el análisis de la configuración de las políticas de salud para juventudes en tres niveles de gobierno. Por lo anterior, las transformaciones posteriores o procesos de resignificación de las categorías de salud, juventudes, así como avances en la operativización del modelo de los DSS, o de movilización de agenda para el 2026, pudieron ser omitidas en función de la delimitación metodológica.

2. El Corpus analizado, estuvo conformado principalmente por documentos de política pública producidos por la institucionalidad -en procesos en los que participan los jóvenes- y no por documentos de producción exclusiva de juventudes. Esta condición debe entenderse en el marco de una asimetría estructural asociada a la crisis de representación *de lo juvenil* en los espacios institucionales en los tres niveles de gobierno. Particularmente los espacios de salud se caracterizan por una alta tecnocratización, con predominio de profesionales adultos con desafíos en reconocer o adoptar una perspectiva juvenil, por lo cual el mismo proceso está mediado por definiciones de los actores gubernamentales que determinan dichos espacios. Así, aunque se aplicaron entrevistas semiestructuradas a jóvenes clave que participaron en el proceso de configuración de las políticas públicas de salud para juventudes, se mantiene dicha asimetría de narrativas y contranarrativas en el periodo evaluado[102].

[102] De igual firma se reconoce que a raíz de la apropiación de los jóvenes del sistema nacional de juventud, específicamente con los consejos de juventud de Cali desde 2024 se cuenta con documentos de producción juvenil como el *Mandato Juvenil al Plan de Desarrollo distrital de Cali 2024-2027! por el derecho a ser joven!*, documento que debe considerarse en próximos análisis de política como parte del corpus documental, en el que las narrativas y contranarrativas desde Emery Roe pueden presentar un giro. Este tipo de documentos no estuvieron disponibles en el tiempo en que se enmarcó esta investigación.

Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones de la investigación, que se proponen en tres líneas: analíticas, metodológicas y teóricas.

Conclusiones Teóricas

La investigación propone retomar el concepto polisémico de Salud disponible en la Teoría de la Determinación Social de la Salud, como categoría para los Análisis de Política Pública, en la medida en que se comprende como objeto, sujeto y campo de práctica, situada históricamente y dependiente de las relaciones de poder, componentes presentes en el campo práctico de las políticas públicas de salud para juventudes. Con respecto a las políticas públicas dirigidas a juventudes se recomienda también la categoría analítica de modos de vida, ya que, permite reconocer elementos determinantes de los itinerarios y necesidades juveniles, dando lugar a las expresiones sociales, económicas culturales y políticas, en los procesos de configuración de la política pública de salud.

Por otro lado, tanto el área de la salud como el de las políticas públicas deben aportar en el reconocimiento de la condición plural, diversa y relacional de las juventudes, enmarcadas en un contexto histórico y con desafíos territoriales, diferenciales y de género. Desde esta mirada, es necesario cuestionar las representaciones institucionales que principalmente estigmatizan y homogenizan a los jóvenes desde los enfoques de riesgo y en contextos violentos. Además, los aborda desde la minoría de edad, carentes de agencia y propuestas. Por ende, la conceptualización de los grupos sociales receptores de las políticas de salud debe ir contextualizados a las discusiones teóricas que se han dado principalmente desde las ciencias sociales y las ciencias políticas.

Las personas entre 14 y 28 años son reconocidas por la Ley estatutaria 1622 de 2013 modificada por la Ley 1885 de 2018 como el colectivo de Juventudes. Dentro de este, hay dos subgrupos, la población adolescente (14 y 17 años y 11 meses) y la población adulta joven entre 18 y 28 años. Las políticas de salud dirigidas a estos titulares de derecho en los tres niveles de gobierno, nacional, departamental y distrital deben integrar en sus procesos de configuración de la política pública a los representantes de las juventudes, bien pertenezcan al consejo de juventud distrital, o bien sea porque se cree

una submesa de salud juvenil, que acompañe desde su perspectiva, la priorización de temáticas de la agenda de salud, para que se vinculen, sus significados, itinerarios de salud, diversidad de género, autorreconocimiento étnico, incorporando los aportes de las juventudes rurales y urbanas, en la cadena de valor de las políticas de salud que les atañen.

La categoría de *configuración de política pública* se propone como una herramienta analítica, que permite comprender las políticas de salud de juventudes reconociendo su complejidad, vinculando los tres niveles de gobierno en los que se desarrollan los significados. Consecuente con las críticas y las limitaciones del modelo secuencial tradicional que plantean que estos procesos no son lineales, ni cíclicos, ni tampoco secuenciales -con un inicio y un fin- y, que contrario a esto, desde una mirada *interpretativa del análisis* propone las atemporalidades "*de y entre*" las políticas nacionales, departamentales y distritales, dentro de las que se surten dinámicas de interacción, adaptabilidad, comprensión y que implican tensiones particulares y por ende definición de mecanismos propios en cada nivel de gobierno considerando su *autonomía relativa*[103].

La investigación propone las categorías *de atemporalidad interna y atemporalidad externa de las políticas públicas*. La atemporalidad interna hace referencia a la identificación de los problemas públicos, su incorporación en la agenda y la definición concreta de estrategias dirigidas a los titulares de derecho. Lo anterior incide en la relevancia o modificación del problema, condicionando las respuestas institucionales o la comprensión de *lo juvenil*[104] por parte de los actores y las instituciones. Por su parte, la *atemporalidad externa* alude a la trayectoria de las políticas de salud en contraste con las políticas de juventud y otras políticas sociales, entre los niveles de gobierno. Esta se puede presentar entre las políticas de un mismo nivel de gobierno, es decir, para este caso concreto, entre las políticas distritales. La desarticulación entre políticas no es algo mínimo, ya que incide en la comprensión de los problemas públicos, de las poblaciones y en los entramados organizacionales en los que se operativizan.

[103] Término tomado de la Teoría de la Determinación Social de Breilh
[104] Porque no es una categoría fija, es dinámica, política y contextualizada

Conclusiones metodológicas

Desde una perspectiva metodológica esta investigación confirma la pertinencia de aplicar el análisis interpretativo de política pública para el estudio de las políticas de salud dirigidas a jóvenes, en tanto que dichas políticas se configuran en escenarios de alta complejidad e incertidumbre y conflicto de intereses a tres niveles de gobierno. A diferencia de otros enfoques analíticos que se centran exclusivamente en resultados, el enfoque interpretativo desde la perspectiva de Emery Roe permitió reconocer la comprensión de la salud y de las juventudes[105], así como las narrativas de la agenda.

Como críticas se encontró que el predominio de fuentes documentales es por supuesto de tipo institucional y que aunque se contrastaron con los discursos de los actores en las entrevistas semiestructuradas, en estos no se agotaron las narrativas de diversidad de experiencias juveniles -especialmente de los jóvenes no organizados, rurales, en privación de libertad o migrantes-, situaciones emergentes también en el mismo análisis de la investigación. Este tipo de análisis busca la comprensión y no la generalización, así que desde esta perspectiva deben ser leídos los resultados. Desde mi punto de vista como profesional de salud y magister en políticas públicas, constituye al mismo tiempo como una oportunidad, en tanto que ofrece un conocimiento situado, que puede representar un insumo en los procesos de configuración de las políticas sociales para jóvenes -por supuesto que no sólo las de salud-, pero principalmente estas, por ser altamente tecnocráticas.

Conclusiones Analíticas

Estas conclusiones se presentan en dos grupos, desagregados por objetivos de la investigación y basado en los resultados de las narrativas y contranarrativas identificadas. A continuación se presentan las conclusiones analíticas del objetivo 1.

La configuración de las políticas públicas de salud para las juventudes en el periodo del 2012 2022 se desarrolló en un entramado multinivel pero desarticulado en el que los conceptos de salud, juventudes, el rol de los actores y la definición de agenda no

[105] principalmente fragmentada los jóvenes entendidos como menores de edad y esto le dará un tratamiento especial a las problemáticas en salud

evolucionaron armónicamente. Así, se propone que los significados atribuidos a salud y juventudes condicionaron de forma importante la agenda en salud y por ende los problemas públicos, que se reconocieron principalmente como necesidades de menores de edad, lo que reprodujo una agenda limitada y con asincronías temporales.

En el periodo analizado el concepto de salud en las políticas públicas para juventudes fue jerarquizada, predominando la comprensión de una salud centrada en el funcionamiento del sistema de salud, las narrativas de Atención Primaria en Salud para juventudes fueron principalmente discursivas desde la combinación con población general. Además, aunque los marcos normativos incorporaron el enfoque de curso de vida y la teoría de los Determinantes Sociales en Salud (DSS), estos no lograron consolidarse en acciones concretas inmediatas en la política para juventudes, que avanzó gradualmente, siendo mejor posicionada en el sector salud que en otros sectores.

El modelos de los DSS se comprendió parcialmente en el campo práctico ya que la política privilegió la atención de los desenlaces en salud y no el análisis integral de los procesos estructurales e intermedios relacionados con estos. Se identificó que principalmente el nivel distrital reconoció las violencias, los derechos sexuales y reproductivos y el consumo de SPA como aspectos centrales vinculando progresivamente acciones de salud mental, pero en el decenio evaluado estas no se reconocen como centrales para las juventudes.

La comprensión de las juventudes sucedió de forma fragmentada, en los tres niveles de gobierno. Se diluyó su la agenda con otros cursos de vida. En el sentido práctico, las políticas privilegiaron a las juventudes menores de edad, especialmente adolescentes escolarizados, mientras que los jóvenes entre 18 y 28 años se invisibilizaron a pesar de la existencia de marcos normativos que los posicionan como actores sociales y políticos.

Esta comprensión restringida de las juventudes propone una comprensión instrumental que se tiene sobre los jóvenes, relacionados con el riesgo, la vulnerabilidad y la violencia, siendo menos posicionados como actores con capacidad de agencia política, lo que

reproduce una comprensión de sujetos receptores de acciones, incapaces de incidir en la definición de sus problemas de salud y en sus posibles soluciones.

A continuación se presentan las conclusiones analíticas del objetivo 2

Un aspecto crítico en el decenio analizado corresponde a la situación de una configuración de políticas públicas de juventud y políticas de salud con una caracterización parcial y fragmentada de sus modos de vida. La agenda estuvo directamente condicionada por los significados atribuidos a salud y a juventudes en la que las narrativas dominantes priorizaron problemas legitimados institucionalmente, que si bien son importantes, han dejado de lado contranarrativas de participación, derecho a la salud y enfermedades crónicas no transmisibles en juventudes, que se abordaron superficialmente.

En los actores institucionales del sector salud fue en los que se concentró la definición de la agenda de salud, principalmente Ministerio de salud y en otros niveles las Secretarías de salud departamental y distrital, mientras que la articulación con otros sectores gubernamentales y con actores juveniles fue limitada. Incluso, en los casos en los que se vinculó a los jóvenes, estos procesos se pueden categorizar como simbólicos. La participación juvenil se circunscribió principalmente al entorno escolar urbano, reproduciendo una agenda que excluye a juventudes no escolarizadas, rurales trabajadoras, en condición de calle, con capacidades diversas, migrantes o privadas de la libertad.

Entre 2012 y 2022 las políticas públicas de salud para juventudes se configuraron a partir de conceptos de salud y juventudes restringidos a la operacionalización de la salud de los menores de edad dentro del sistema de salud, omitiendo juventudes entre 18 y 28 años, lo que implica dejar de lado las discusiones técnicas y teóricas sobre participación y juventudes. Esta brecha conceptual incidió en la definición de una agenda fragmentada y una baja articulación de los actores gubernamentales para decidir sobre los Determinantes Sociales de la Salud que inciden en la salud de este colectivo.

Finalmente la investigación propone que el proceso de configuración de la política pública de salud para juventudes no puede analizarse como lineal, ya que está atravesado por atemporalidades internas y externas expresadas en desfases entre el significado de los titulares de derecho, el problema, la agenda y la respuesta institucional. En este sentido, la *atemporalidad* emerge como una categoría analítica de la naturaleza interpretativa y multinivel de la política pública con potencial para comprender estas dinámicas.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos de la investigación se propone fortalecer los procesos de configuración de las políticas públicas de salud para juventudes mediante una lectura analítica sustentado en los siete atributos referenciados por Emery Roe (1994), que se presentan a continuación:

En primer lugar, es necesario redefinir el *problema público de salud* de las juventudes superando la comprensión restringida que lo reduce a la adolescencia o a una población de riesgo. Esta significación expresada en narrativas generó una agenda institucional estática, centrada en tres problemas -que son importantes- pero dejando de lado otras problemáticas que avanzan silenciosamente y que están relacionadas con desigualdades estructurales e intermedias que determinan los modos de vida juveniles. Así, la redefinición del problema requiere asumir la salud como *una noción polisémica* reconociendo su carácter de sujeto u objeto y praxis social tal como lo plantea Breihl. Esta mirada permite considerar la diversidad de las experiencias juveniles y avanzar en una salud más allá del aseguramiento.

Por otro lado urge fortalecer la caracterización, los datos sobre dichos modos de vida ya que son el sustento para analizar la magnitud de las situaciones de salud de las juventudes (Salud como objeto de la realidad) para tramitar la movilización de estos en una agenda de salud con plan de acción y recursos disponibles, vinculando las acciones intersectoriales considerando lo estructural y lo intermedio, migrando de narrativas de comportamientos individuales en salud, pues *ata* al joven a la visión de riesgo.

Asimismo, la selección de criterios para evaluar alternativas requiere una perspectiva de *equidad generacional*, resignificar las juventudes de una minoría de edad, hacía la comprensión de agentes (capacidad de agencia). En cuarto lugar, las alternativas propuestas deben considerar la Configuración de las Políticas Públicas de salud *Multinivel*, reconociendo que hay significados que se reproducen en estos niveles de gobierno intensificando las tensiones entre actores en el nivel distrital. Los resultados sugieren que el estigma, el riesgo y la *subsunción* de las juventudes en una categoría de infancia está presente en los tres niveles de gobierno. Un quinto aspecto es reconocer las atemporalidades internas y externas como atributos de las políticas y que esta investigación encontró como categorías para explicar la *coexistencia* de significados y agendas paralelas entre la política de salud y política de juventud. Como sexto punto, es necesario una revisión de las tensiones intergeneracionales presentes en los procesos de configuración de política en la que predominan actores adultos y tecnócratas en un proceso de *socialización* para las juventudes, es decir, las políticas están "prefabricadas". Como séptimo punto, como alternativa de abordaje de la salud de los jóvenes se deben garantizar procesos efectivos de participación, pues se encontró una conexidad del derecho a la participación en salud con el Derecho efectivo a la salud. Para esto, se debe reconocer que esta participación está condicionada por diferentes capitales (social, económico, académico, y de *tiempo*), que determina la disponibilidad de incidir en los procesos de configuración de las políticas públicas de salud..

Bibliografía

Aguilar Luis. (1993). *Problemas públicos y agenda de gobierno*.

Aguilar-Forero, N., & Muñoz, G. (2015). La condición juvenil en Colombia: entre violencia estructural y acción colectiva. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *13*(2), 1021–1035. https://doi.org/10.11600/1692715x.13233090913

Aguirre Santafe, L. A., & Otálvaro Marín, B. (2022). Políticas de salud para las juventudes colombianas: la justicia social desde el enfoque de las capacidades. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, *9*(2). https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2022.5519

Alcaldía de Santiago de Cali. (2006). Decreto 0945 de 2006: Por medio del cual se adopta la política pública de juventud en el municipio de Santiago de Cali.

Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2012–2015: CaliDA, una ciudad para todos*. Departamento Administrativo de Planeación Municipal.

Alcaldía de Santiago de Cali. (2016). *Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2016–2019: Cali progresa contigo*. Departamento Administrativo de Planeación Municipal

Alcaldía de Santiago de Cali. (2020). *Plan de Desarrollo Distrital 2020–2023: Cali, unida por la vida*. Departamento Administrativo de Planeación.

Alvarez H, L., & Bonnet, A. (2022). *Crítica de las políticas públicas Propuesta teórica y análisis de casos*. www.prometeoeditorial.com

Anacona, A. (2019). *Memoria del Proceso de Empoderamiento Pacifista de las Mujeres del Cabildo Indígena Yanakuna en Santiago De Cali*. http://hdl.handle.net/10481/59540

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de 1991. *Gaceta Constitucional No.116*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=4125

Bizarria, F. P. D., Figueredo, I. B., Cavalcante, S. D., da Silva, E. J. D., & Barbosa, F. L. S. (2022). Public Health Policies for Youth- Bibliometric Study and Research Agenda based on the Web of Science. *CIENCIA & SAUDE COLETIVA*, *27*(10).

Bourdieu, Pierre. (1990). La “Juventud” no es más que una palabra. In *Sociología y Cultura* (pp. 163–173). Grijalbo/CONACULTA.

Breilh. (2022). Clase Breilh Ecuador sesión19 de mayo 2022. In *Modelo Multidimensional de Determinación Social de la Salud: subsunción y autonomía relativa (Breilh, 1977,2003, 2015, 221)* (pp. 0–0).

Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (Salud Colectiva)*. http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf

Brito, L. R. (1998). Hacia una Sociología de la Juventud Algunos elementos para la deconstrucción de un nuevo paradigma de la juventud. *Centro de Estudios Sociales*, (9). https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19500909

Browne, J., Coffey, B., Cook, K., Meiklejohn, S., & Palermo, C. (2019). A guide to policy analysis as a research method. *Health Promotion International*, *34*(5), 1032–1044. https://doi.org/10.1093/heapro/day052

Calderón-Romero, E. A., & Cáliz-Romero, N. E. (2015). Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e illegal. *Revista Gerencia y Politicas de Salud*, *14*(28), 123–141. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.juse

Caponic S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Historia, Ciencias Saúde*, (IV).

Carrillo Victor, & Medina Verónica. (2020). Lasswell y las políticas públicas: el origen de una disciplina. *DEBATES IESA*, *XXV*(Número 1), 34–38.

Casallas, A. (2017). A medicina social-saúde coletiva latino-americanas: Uma visão integradora

frente à saúde pública tradicional. *Revista Ciencias de La Salud*, *15*(3), 397–408. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123
CEPAL. (2018). *La Agenda 2030 y los objetivos de Desarrollo Sostenible: Una Oportunidad para América Látina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe
Chaves, M. (2009). Investigaciones sobre juventudes en Argentina: Estado del arte en ciencias sociales 1983-2006. *Revista Electrónica Del Instituto de Altos Estudios Sociales de La Universidad Nacional de General San Martín*. http://www.perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes.
Chica-Velez. (2022). *El papel de los dispositivos retóricos en marcos de sistemas de políticas públicas. Estudio de caso comparado: Proceso de elaboración, presentación y aprobación del Plan de Desarrollo de Bogotá de Gustavo Petro (2012) y Enrique Peñalosa (2016)* [Universidad Nacional de Colombia]. https://repositorio.unal.edu.co/items/c3b0bc42-b3c6-4431-9001-41f6433c932a
Coldeportes. (2013). Plan Nacional de Recreación 2013–2019. Coldeportes.
Coleman, J., & Hagell, A. (2015). Young people, health and youth policy. *Youth & Policy*, (114). https://www.researchgate.net/publication/280599972_Young_people_health_and_youth_policy
Comisión de la verdad. (2022, July 11). *Cifras de la Comisión de la Verdad presentadas junto con el Informe Final*. https://web.comisiondelaverdad.co/actualidad/noticias/principales-cifras-comision-de-la-verdad-informe-final
Concejo de Santiago de Cali. (2014). Acuerdo 0382 de 2014: Por medio del cual se adopta la política pública y el plan indicativo de atención a la discapacidad en el municipio de Santiago de Cali y se deroga el Acuerdo 0197 de 2006.
Congreso de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006: Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario Oficial No. 46.446.
Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf
Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley 1566 de 2012. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=48678
Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf
Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1622 de 2013. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=52971
Congreso de la República de Colombia. (2018). Ley 1885 de 2018. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=85540
Contraloría departamental del Valle del Cauca. (2014). *Informe Final Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Situación Financiera*. https://www.contraloriavalledelcauca.gov.co/descargar.php?id=5399
Cruz-R, & Nicandro C. (2012). La Taxonomía del Cambio: Enfoques para la determinación del cambio de las Políticas Públicas. *Andamios*, *9*(20), 297–321. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62826835017
De la Espriella, R., & Gómez, C. (2020). Metodología de investigación y lectura crítica de estudios Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de psiquiatría*, *49*(2), 127–133. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002
Departamento Nacional de Planeación. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014:*

Prosperidad para todos.
Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2015). *Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018: Todos por un nuevo país*
Departamento Nacional de Planeación. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad*
Di Napoli, P. N. (2019). La construcción de sentidos en torno a las violencias por parte de los estudiantes en sus interacciones cotidianas. *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, *28*(2), 27–49.
DNP. (2008). *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) CONPES 113*.
DNP. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 Tomo II: II*. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND2010-2014%20Tomo%20II%20CD.pdf
Estévez, A., & Esper, S. C. (2009). *Revisitando el modelo secuencial de Políticas Públicas y sus etapas*. https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/modelo%20secuencial%20IR%2005.pdf
Fiuza Fialho, L. M., & Sousa, F. G. A. de. (2020). Juventudes em Políticas Públicas: O Estado da Questão Em Pesquisas Cearenses (2010-2016). *Atos de Pesquisa Em Educação*, *15*(1), 163. https://doi.org/10.7867/1809-0354.2020v15n1p163-185
Fuenmayor, J. (2017). Actores en las decisiones públicas: aportes desde el enfoque de análisis de políticas. *Económicas Cuc*, *38*(2), 43–60. https://doi.org/10.17981/econcuc.38.2.2017.04
Gobernación del Valle del Cauca. (2012). *Plan de desarrollo departamental 2012–2015: Vallecaucanos, hagámoslo bien*.
Gobernación del Valle. (2014). *Auditoria Especial Planes de Desarrollo Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, Modalidad Especial*.
Gobernación del Valle del Cauca. (2016). *Plan de desarrollo departamental 2016–2019: El Valle está en vos*.
Gobernación del Valle del Cauca. (2020). *Plan de desarrollo departamental 2020–2023: Valle invencible*.
Gómez C, S. del P. (2018). Los discursos sobre joven y juventud: una revisión de las formaciones discursivas en las ciencias sociales en clave foucaultiana. *Tabula Rasa*, (29). https://doi.org/10.25058/20112742.n29.12}
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Nacional de Salud (INS), Ministerio de la Protección Social, y Profamilia. (2011). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN 2010). ICBF.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud (INS), y Universidad Nacional de Colombia. (2019). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015 (ENSIN 2015). ICBF. https://www.icbf.gov.co/nutricion/ensin-encuesta-nacional-de-situacion-nutricional
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2015). Protocolo para la participación de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. ICBF*b*.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2018). Informe de rendición pública de cuentas en primera infancia 2012–2017.
Lascoumes, Pierre., Le Galès, Patrick., & Ugalde, Vicente. (2014). *Sociología de la acción pública*. El Colegio de México.
Mertanen, K. (2020). *Not a Single One Left Behind - Governing the 'youth problem' in youth policies and youth policy implementations*. https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/543dd563-2276-4f1e-8955-f7977130ae30/content
Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *asis-colombia-2023*.
Minsalud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. 1–538. https://www.minsalud.gov.co/PlanDecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, y Pontificia Universidad Javeriana. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=105148

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). ABECÉ del enfoque de curso de vida. Minsalud, 2015b

Montenegro Martínez, G., Carmona Montoya, A., & Franco-Giraldo, Á. (2021). Models for public health policy analysis reported in scientific publications. In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 35, Number 3, pp. 270–281). Ediciones Doyma, S.L. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007

Montenegro, V., Zabala, T., Izquierdo, D., & Zamora, E. (2015). La política y las políticas en Latinoamérica: importancia de un modelo de análisis Regional Dialogo con Pedro Medellín. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, *2*(1), 105–115. file:///C:/Users/lagui/Downloads/1913-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7187-1-10-20150923.pdf

Morales-Borrero María Carolina. (2010). *Lo poLítico de Las poLíticas de saLud sexuaL y reproductiva para jóvenes en coLombia*. https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/download/2620/1886

Organización de las Naciones Unidas-ONU-. (2022, March 9). *Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el desarrollo Sostenible 2022*. Foro de Los Países de América Latina y El Caribe Sobre El Desarrollo Sostenible 2022.

Otálvaro-Marín, B., & Vergara-Argotty, C. E. (2025). Evaluación Política Pública de Juventud de Cali (Colombia). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. https://doi.org/10.11600/1692715x.14135191114

Oyarzun, A., Dávila, Ó., & Ghiardo, F. (2008). *¿Enfoque de derechos o Enfoque de Necesidades?*

Parsons, D. W. ., & Acevedo, A. Atenea. (2007). *Políticas públicas : Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Flacso. https://ze.culturaspopulareseindigenas.gob.mx/ayatl/amotx/SPC/biblio/PARSONS_Wayne_2007_Politicas_Publicas

Plesnicar, L. N. (2016). Juventudes y políticas públicas en América Latina: Conversación con Ernesto Rodríguez. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *14*(2). https://doi.org/10.11600/rlcsnj.14.2.2634

Ralston, R. (2018). *THE POLITICS OF PARTNERSHIP IN UK AND SCOTLAND: UNDERSTANDING GOVERNANCE IN OBESITY POLICY*. https://era.ed.ac.uk/server/api/core/bitstreams/a7220289-5164-4b84-829c-f360f4cac79f/content

Roe Emery. (1994). *Narrative Policy Analysis Theory and Practice*. Duke University Press. https://doi.org/10.2307/j.ctv11hpqq4

Roe Emery. (2011) Narrative Policy Analysis. In Encyclopedia of Public Administration and Public Policy, Second Edition. Taylorand Francis: New York, Published online; p1289-1292. DOI: 10.1081/E-EPAP-120041423

Rojas, & Benavides, F. (2017). E*jecuciones extrajudiciolesen colombia, 2002-2010, obediencia ciega en campos de batalla ficticios*. Ediciones USTA.

Rojas, D. (2012). La intervención internacional: los desafíos de la conceptualización. *Colombia Internacional*, *76*, 81–109. https://doi.org/10.7440/colombiaint76.2012.04

Romero, G., Paola, C., Buitrago, G., Andrés, C., Castro, R., Tobón-García, D., Forero, J. A., Esteban, J., Luna, O., Kyaddondo, B., Amarasuriya, H., Thomson, R., Ohana, Y., Czerniejewski, M., Muir, J., & Karsten, A. (2015). *Juventud y Políticas Públicas en colombia Youth PolicY Review SeRieS equipo de investigación Corporación Ocasa consultora internacional*. www.youthpolicypress.com

Roth A-N. (2008). *Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte teórico?* https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5263711.pdf
Roth Deubel, A-N. (2020). *Enfoques para el Análisis de Políticas Públicas. Segunda edición*. 1–377.
Sabatier P & Weible C. (2010). El marco de las coaliciones promotoras Innovaciones y aclaraciones. In Sabatier Paul (Ed.), *Teorías del Proceso de las política públicas* (pp. 203–285).
Sanabria-González, I. D., & Reyes-Sarmiento, L. (2020). Política pública de juventud en Colombia: *Conhecer: Debate Entre o Público e o Privado*, *10*(24), 179–207. https://doi.org/10.32335/2238-0426.2020.10.24.2678
Sandoval Escudero, C. (2014). *Métodos y aplicaciones de la planificación regional y local en América Latina*. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/57abb215-d6ad-48ab-bea8-f1411f0909a7/content
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. (2012). *Plan Territorial de Salud 2012-2015*
Secretaría Departamental de Salud. (2016). *Plan Territorial de Salud 2016-2019*
Secretaría Departamental de Salud. (2020). *Plan Territorial de Salud 2020-2023*
Secretaría de Salud Pública de Cali. (2023). *Análisis Situacional de Salud Participativo-ASIS*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-cali-2023.pdf
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. (2024). *ASIS_VALLE_2023*.
Silva, D. A. S., & Silva, C. F. da. (2022). Physical Activity Policies for Children and Adolescents in Brazil: Analysis for the Report Card Brazil on Physical Activity for Children and Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(16). https://doi.org/10.3390/ijerph191610152
Stolkiner Alicia. (2003). *Teórico No IV el concepto de salud de la OMS*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf
UNIANDES. (2022). *Documento final de resultados de la revisión y documentación de los procesos de implementación, seguimiento y evaluación de los resultados del PDSP-2012-2021*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/evaluacion-final-pdsp-2012-2021.pdf
UNICEF. (2019). *Para cada niño, reimaginemos un mundo mejor. informe anual de UNICEF*. www.unicef.org
Vasco A. (1987). *Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/vasco_uribe_estructura_proceso_conceptualizacion_enfermedad.pdf
Villa-Sepúlveda, M. E. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil*. In *Revista Educación y Pedagogía* (Vol. 23).
Volleberg. (2020). *Between Policy and Reality: An interpretive policy analysis of the Inclusive Education Policy of Namibia*. https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/37293/Volleberg%20-%20thesis%20-%20MA%20Conflict%20Studies%20%26%20Human%20Rights.pdf
Werner J & Wegrich K. (2007). *Theories of the Policy Cycle en Handbook of public Policy Analysis theories of the policy Cycle*.
Zurbriggen Cristina. (2011). La utilidad del análisis de redes en las políticas públicas. *Nueva Epoca*, (66).