



FLACSO
MÉXICO

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ACADÉMICA MÉXICO

Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos
XV Promoción
2020 – 2022

“Análisis de estrategias para la atención del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe entre 1999 y 2019”

Presenta:

Dujour Gaël Frédéric

Directora de Tesis:

Dra. Jeraldine Alicia Del Cid Castro

Lectoras:

Dra. Danay Quintana Nedelcu

Dra. Alma Vanessa Arvizú Reynaga

Seminario de tesis: Investigación en políticas públicas: análisis y estudios
Línea de investigación: Análisis, estudios y evaluación de políticas públicas

Esta Maestría fue realizada gracias a una beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT, México)

Ciudad de México, septiembre 2022

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es plantear los rasgos de un estudio comparado de las diferentes estrategias implementadas por los gobiernos de unos países en América Latina y en el Caribe para resolver el problema del embarazo en adolescentes. Se analiza la correlación entre la tasa de fecundidad en adolescente, primero con el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y segundo con los programas de salud sexual y reproductivas a través de los indicadores de necesidades insatisfechas en planificación familiar, despenalización del aborto y el uso de métodos anticonceptivos modernos. Se plantea que la salud sexual y reproductiva es un elemento fundamental en la lucha para disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes y que la resolución del problema necesita una articulación conjunta de los programas de salud sexual y reproductiva con políticas públicas intersectoriales e integrales.

Palabras claves: política pública, salud sexual y reproductiva, embarazo en adolescentes, planificación familiar, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

The objective of this research is to present the features of a comparative study of the different strategies implemented by the governments of some countries in Latin America and the Caribbean to solve the problem of teenage pregnancy. The correlation between the adolescent fertility rate and the knowledge and use of contraceptive methods and the sexual and reproductive health programs is analyzed through the indicators of unmet need in family planning, decriminalization of abortion and the use of modern contraceptive methods. It is suggested that sexual and reproductive health is a fundamental element in the fight to reduce the adolescent fertility rate and that the resolution of the problem requires a joint articulation of sexual and reproductive health programs with intersectoral and integral public policies.

Key words: public policy, sexual and reproductive health, adolescent pregnancy, family planning, contraceptive methods.

DEDICATORIA

A Leenchid y Kervens, quienes son mis modelos y me motivan todos los días a superarme y ser una mejor persona en la vida. Recuerden que más que mis amigos, ustedes son mi familia y cada paso que doy es para seguir sus ejemplos.

A mi madre “*Adidou*”, que siempre creyó en mí y cuando pudo, siempre hizo hasta lo imposible para apoyar en mi educación.

AGRADECIMIENTOS

Primero, quiero agradecer a Roody Thermidor y Jean Ebène Bellerice por haberme orientado hacia esta casa de investigación y proporcionarme todos los consejos necesarios para llevar a cabo esos estudios.

También quiero agradecer a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales por haberme dado el privilegio de cursar esta Maestría y aún más durante el periodo de pandemia que complico tanto la vida como el trabajo de todos que integran esta institución desde la intendencia, el mantenimiento, administrativos y académicos, mi total gratitud por el apoyo y haber facilitado la experiencia de la Flacso.

A la Dra. Jeraldine le agradezco el interés por dirigir esta investigación y haberme dedicado tiempo a pesar del cansancio por el contexto de cuarentena y de reuniones virtuales. Le agradezco por la motivación y los consejos que siempre me has proporcionado durante toda la maestría. A la Dra. Gloria Del Castillo y la Dra. Danay, coordinadoras de seminario les agradezco por sus consejos, comentarios y sobre todo el aprendizaje que espero se ve reflejado en este trabajo. Les agradezco por siempre mostrar interés en mis avances, por guiarme durante todo este proceso de investigación y por dedicarme tiempo para aclarar mis dudas y mucho más por motivarme aun cuando las cosas se ponían complicados y estresante.

A la Dra. Vanessa por su interés en mi trabajo, sus comentarios me ayudaron mucho a destacar los aspectos claves de esta investigación.

A todos los profesores de la Flacso que nos acompañaron durante esos dos años sin faltar a pesar del contexto virtuales que no facilito el aprendizaje. Nos brindaron todo el apoyo que necesitamos durante el periodo, fue una gran experiencia y les agradezco por su dedicación como profesionales dentro de esa institución.

Mención especial para mi hermano Gaby que fue mi soporte emocional durante esos dos años, por haber desvelarse conmigo cuando me faltaba motivación. A Vania por su motivación constante durante el periodo.

Finalmente les agradezco a los compañeros flacsianos y flacsianas por los momentos de convivencia fuera de la Flacso, llevaré muy buenos recuerdos con ustedes que jamás olvidaré.

Todos ustedes fueron claves para el desarrollo de esta investigación, sin ustedes todo eso no hubiera sido posible. De todo corazón, muchas gracias.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	ii
ABSTRACT	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
INDICE DE TABLAS Y DE GRAFICAS	1
SIGLOS Y ACRONIMOS	2
PRESENTACIÓN	4
CAPITULO 1 - MARCO TEÓRICO	6
1.1 Mapa de políticas públicas	6
1.2 Definición de los términos	8
CAPITULO 2 - MARCO METODOLOGICO	18
2.1 Estado de la cuestión	18
2.2 Definición del problema público	23
2.3 Atributos del problema	29
2.4 Objetos de investigación	32
2.5 Pregunta orientada y de investigación	32
2.6 Hipótesis	35
2.7 Objetivo de la investigación	36
2.7.1 Objetivo general	36
2.7.2 Objetivos específicos	37
2.8 Metodología	37
2.8.1 Selección de los casos de estudio	38
2.8.2 Análisis documental	39



2.8.3 Análisis empírico.....	41
2.8.4 Selección de indicadores de seguimiento de resultados de los programas de SSR.....	42
2.8.5 Método de análisis	42
2.8.6 Operacionalización.....	43
2.9 Conceptos claves.....	44
2.10 Marco analítico.....	45
CAPITULO 3 – HALLAZGOS (PRIMERA PARTE).....	48
3.1 Análisis Documental.....	48
HALLAZGOS (SEGUNDA PARTE)	63
3.2 Modelo de efectos aleatorios.....	68
CAPITULO 4 - ANALISIS DE RESULTADOS.....	71
4.1 Análisis Grupo 1.....	71
4.1.1 Bolivia	72
4.1.2 México.....	73
4.1.3 Perú	74
4.2 Análisis Grupo 2.....	74
4.2.1 Haití.....	75
4.2.2 Honduras.....	75
4.2.3 Nicaragua	76
4.3 Limitaciones de la investigación	77
CAPITULO 5 - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFIA.....	84

INDICE DE TABLAS Y DE GRAFICAS

Tabla 1 - Polity, Politics y Policy	8
Tabla 2 - Factores que condicionan el éxito o fracaso de la implementación.....	28
Tabla 3 - Atributos del embarazo adolescente	31
Tabla 4 - Factores que explican el problema.....	32
Tabla 5 - Cuadro recapitulativo de metodología 1	40
Tabla 6 - Cuadro recapitulativo de metodología 2	40
Tabla 7 - Cuadro recapitulativo de metodología 3	41
Tabla 8 - Operacionalización de las variables.....	43
Tabla 9 - Resultados del Modelo de efectos aleatorios	69
Tabla 10 - Variación de la tasa de la fecundidad en adolescentes	77
Gráfica 1 - Tasa de fertilidad en adolescentes.....	26
Gráfica 2 - Tasa de fertilidad en adolescentes (Bolivia, México, Perú)	34
Gráfica 3 - Tasa de fertilidad en adolescentes (Haití, Honduras, Nicaragua).....	35
Gráfica 4 - Esquema Analítico.....	47
Gráfica 5 - Lineamientos estratégicos de la PPPEAJ	50
Gráfica 6 - Lineamientos estratégicos de la PMPEA.....	52
Gráfica 7 - Líneas estratégicas de la ENAPREAH	56
Gráfica 8 - Bolivia – Porcentaje de mujeres y hombres que conoce algún método anticonceptivo	58
Gráfica 9 - México - Porcentaje de conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres.	60
Gráfica 10 - Tasa de fecundidad en adolescentes OPS/OMS.....	64
Gráfica 11 - Porcentaje de demanda insatisfecha de planificación familiar OPS/OMS	65
Gráfica 12 - Porcentaje de prevalencia de uso de algún método anticonceptivo moderno OPS/OMS.....	66
Gráfica 13 - Heterogeneidad entre países	67
Gráfica 14 -Heterogeneidad entre años	68
Gráfica 15 - Bolivia- Diferencia entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	73

SIGLOS Y ACRONIMOS

BM	: Banco Mundial
CIPD	: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CONACyT	: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONAPO	: Consejo Nacional de Población
DIU	: Dispositivo Intrauterino
DHS	: Demographic and Health Survey
EA	: Embarazo en Adolescentes
EMMUS	: Encuesta de mortalidad, morbilidad y utilización de servicios
ENAPEA	: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENAPREAH	: Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Honduras
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENDESA	: Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENDSA	: Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ESI	: Educación Sexual Integral
ETAs	: Entidades Territoriales Autónomas
FLACSO	: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
ITS	: Infección de Transmisión Sexual
MAC	: Método Anticonceptivos
MELA	: Método de la Lactancia y Amenorrea
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
ONGs	: Organización No Gubernamentales
OPS/OMS	: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PPPEAJ	: Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes
PLANEA	: Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia
PMPEA	: Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
PNAIA	: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia



PNDIJ	: Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud
PNSSR	: Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
PSNSRR	: Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
SSR	: Salud Sexual y Reproductiva
TGF	: Tasa Global de Fecundidad
UNFPA	: Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

El objetivo de este trabajo presentar los resultados de un estudio comparado de casos de países en la región de América Latina y en el Caribe que han desarrollado diferentes estrategias para la atención del embarazo adolescente. Unos países han implementado políticas públicas y otros han implementado programas de política pública, en este sentido, con la variación de la tasa global de fecundidad en adolescente, se puede analizar la importancia de esas estrategias en la lucha para la resolución de este problema público.

Las políticas públicas aquí se consideran como aquellos instrumentos gubernamentales intersectoriales e integrales que consideran la multidimensionalidad de un mismo problema público es decir que define el problema a partir de las diferentes dimensiones de sus causas y consecuencias. Los programas de política pública consideran solo una dimensión del problema público entonces son más específicos. Entender cómo esas estrategias logran obtener resultados es muy importante y ayudará a saber cómo y dónde hacer más esfuerzos para lograr resultados más concretos para resolver el problema.

Se acepta generalmente que el embarazo adolescente es el fenómeno de reproducción entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, es decir, en la etapa del tránsito entre la niñez y el ingreso a la juventud. La OMS define a la adolescencia como el rango etario comprendido entre los 10 y 19 años; esta población alcanza los mil millones de habitantes en el mundo, de estos, el 85% reside en países “en vías de desarrollo”, donde el 10% de los partos ocurren en adolescentes con un riesgo de embarazo de 2 a 5 veces mayor que las mujeres mayores de 20 años (OAS-UNFPA, 2018: 36-59). El embarazo en la adolescencia es un fenómeno social que tiene varias implicaciones sobre la vida individual y colectiva de las familias específicamente en los países con ingreso bajo y medianos.

Entre otros, se considera a México, Bolivia y Perú como los países que implementaron política pública integral e intersectorial para la atención del problema público del embarazo adolescente. También se considera Nicaragua, Honduras y Haití como países que implementaron programas de política pública de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es decir que se enfocaron en la dimensión salud pública del problema. El análisis comparado de este trabajo cuenta con una metodología mixta; primero un análisis documental de 4 niveles: acciones, actores, periodo y resultados, y

posteriormente un análisis empírico para permitir entender correlación entre unos indicadores de salud sexual y reproductiva y la variación de la tasa de fecundidad en adolescentes.

Esta investigación tiene como objetivo de ampliar el conocimiento del tema de embarazo en adolescentes dentro del campo de investigación. Así se busca proporcionar nuevas herramientas que permitieron entender primero el contexto de todas las causas y consecuencias vinculada al problema, segundo analizar las acciones que están en implementación, y tercero las limitaciones importantes que se debe tomar en cuenta para tener una mayor comprensión de los resultados que los gobiernos han obtenido hasta ahora.

Este trabajo se centra en un enfoque de políticas públicas donde en un primer tiempo se va a definir la ruta teórica analítica de investigación dentro del campo para llevar el estudio comparado de casos. En un segundo tiempo, se hará la descripción metodológica que nos permitirá realizar el trabajo es decir definición del problema, planteamiento de la hipótesis y de las preguntas orientadoras de investigación y el diseño de la metodología a través del cual se llevara a cabo el trabajo. Después se presentarán los hallazgos que serían analizados por cada uno de los países y se concluirá con los hallazgos y unas recomendaciones y dejando unas puertas abiertas para futuras investigaciones más avanzados en el tema que podrán llevar a una mayor comprensión del problema.

CAPITULO 1 - MARCO TEÓRICO

Este capítulo sirve de referencia al marco teórico, donde se ha recopilado estudios de diversos autores sobre los conceptos utilizados en esta investigación: problemas públicos, políticas públicas, enfoque de política pública, que permitirán familiarizarse con el tema. Luego se presentan unas maneras para evaluar a las decisiones o estrategias para atender un problema público estudios y análisis de políticas y expone de manera detallada los efectos de las distintas estrategias en termino de resultado desde el punto de vista de un enfoque amplio de políticas públicas a fin de buscar una manera de combinar dichas estrategias con el fin de lograr resultados más concretos y de mayor impacto.

1.1 Mapa de políticas públicas

El campo multidisciplinario de las políticas públicas tiene dos grandes rutas o perspectivas de investigación desde la lógica de la solución de problemas públicos en Ciencias de Políticas (*policy sciences*) (Laswell, 1971), los Estudios de Políticas ex-post (*policy studies*) y el Análisis de políticas ex-ante (*policy análisis*) (Del Castillo, 2014). Así como lo ha planteado Laswell en el marco de la emergencia de lo que llamó las Ciencias de Políticas, dos rutas de conocimiento mejor conocidas como el “conocimiento del proceso de las decisiones” estudios de políticas (*policy studies*) y el “conocimiento para el proceso de las decisiones” análisis de políticas (*policy análisis*) (Laswell, 1971).

El análisis de políticas públicas (*Policy analysis*) tiene como propósito la identificación de la mejor opción de política pública dentro de un menú de alternativas. Es un análisis que corresponde a lo que se denomina análisis pre-decisional, antes de la decisión (elección). Desde la perspectiva de la toma de decisiones, su propósito es iluminar o ayudar a los decidores públicos de políticas públicas antes de la decisión de elección para elegir la mejor bajo distintos criterios (Del Castillo, 2020).

Los estudios de políticas tienen como objetos de estudios el proceso (político) de las políticas públicas: complejidad de las interacciones involucradas en las Políticas Públicas (Contexto de las políticas/arreglos político-institucionales), actores, acciones y estructuras de gobierno) y cómo inciden en los resultados. Las políticas son resultado de un proceso y los análisis de políticas que

estudian las decisiones y políticas como decisión singular, problemas públicos, vínculo Políticas Públicas y resolución de problemas e impactos (Del Castillo, 2017).

En este sentido la ruta de investigación priorizada en este trabajo es el estudio de políticas (*policy studies*) es decir un análisis comparado para determinar la necesidad de una política específica para la atención del problema de embarazo adolescente en América Latina & Caribe.

Los problemas son definidos como estado de cosas en la vida social que se puede considerar indeseable por el público, el gobierno o la opinión pública que son construcción social (Bazúa, 2010). En este sentido se considera el embarazo adolescente como un problema público que se va construyendo desde la perspectiva del paradigma constructivista (Berger y Luckmann, 1975) citado por Roth André-Noel que considera que la realidad es una construcción social. Por lo tanto, la realidad objetiva no es accesible a los investigadores, incluso que no existe, ya que cada individuo puede ver la realidad de forma diferente, y los descubrimientos y el conocimiento son resultado de la interacción entre diferentes saberes (intersubjetividad) (Roth, 2008).

Las políticas públicas y los programas implementadas por el gobierno relacionadas al embarazo adolescente son factores que pueden explicar la disminución del embarazo adolescente en los países elegidos en este estudio, aunque no es la única que puede explicar este fenómeno en la región de América Latina & Caribe.

Se refiere a la triada Polity-Politics-Policy (*tabla 1*) para explicar las relaciones entre la estructura presente dentro de los países, los actores involucrados en el proceso de resolución del problema público y de las políticas empleadas para llegar al objetivo final.

Tabla 1 - Polity, Politics y Policy

<p>Polity <i>la estructura</i></p>	Régimen/ Contexto en el que se desarrollan los procesos de las políticas (marco legal de los países Constitución o ley que le da vigor)
	Sistema normativo-institucional donde interviene los actores
<p>Politics <i>los actores</i></p>	Grupos políticos
	Instituciones Públicas (Salud pública, educación, Justicia, Bienestar, ...)
	Organizaciones de la sociedad civil (religiosas, de cultura)
	Organismos internacionales (OPS, OMS, UNFPA, BM, ...)
<p>Policies <i>las políticas</i></p>	Estrategias empleadas por los gobiernos de los países (Políticas públicas, programas de política pública)

Fuente: Elaboración propia

1.2 Definición de los términos

Problema Público

Primero es importante definir lo que se entiende por problema. Un problema es un estado, una situación no deseada, o que causa conflicto por la consecuencia que tiene en varios aspectos de la vida. Hay muchas definiciones de lo que es un problema dentro de la literatura que existe, pero varían dependiendo de los autores y del objetivo de las investigaciones. Sin embargo, según J. Subirats (2001), una definición operativa es lo que necesita una política para ser efectiva es decir que alguna manera indique el camino a recorrer entre una situación no deseada y una situación que, sin ser la óptima (el no problema), sea claramente mejor que la originaria. Así para los fines de esta investigación, la definición de Subirats (2001) de problema será válida.

Un problema debe ser definido, estructurado, colocado dentro de ciertos límites o marco, además de recibir un nombre o etiqueta. La forma en que se lleva a cabo este proceso es crucial para la formulación de una política de respuesta. Las palabras y los conceptos a los que se recurre para describir, analizar o clasificar un problema enmarcan y moldean la realidad a la que se desea aplicar una política o “solución o respuesta”. El hecho de que se compartan los mismos datos o por lo menos se crea que así es, no significa que se vea la misma cosa. Los valores, las creencias, las ideologías, los intereses y los prejuicios son unos de los factores que influyen en la percepción de la realidad (W. Parsons, 2007).

Los problemas implican percepciones, y las percepciones implican construcciones. La principal característica de los problemas de políticas públicas, a diferencia de otros tipos de problemas como los que pertenecen al ámbito de las matemáticas o la física, es que su definición no es precisa. Los analistas de políticas públicas están en el negocio de la estructuración y ordenación de problemas a fin de facilitar la tarea de los tomadores de decisiones respecto a la resolución de problemas. La política surge porque no hay una percepción universal sobre los problemas y, en caso de haberla, no hay un acuerdo universal sobre qué puede y debe hacerse al respecto. La definición del problema es parte del problema (W. Parsons, 2007).

Generalmente, los problemas públicos presentan tres características fundamentales que aparecen como cuestiones distintivas en el análisis de cualquier problema público. Los problemas públicos son interdependientes es decir muy raramente se revelan ser cuestiones aisladas de otros fenómenos de la vida social. Los problemas como tales son parte de un sistema completo de acción y muy raramente hay uncausalidad en su origen o explicación. Las diversas esferas de la vida social están interconectadas, por lo que aquellas situaciones que han sido identificadas como problemáticas están influidas por y también influyen a los fenómenos con los que comparten un sistema de acción (Olavarría, 2007).

En este contexto unos autores critican el método analítico de descomposición de un problema hasta llegar a su esencia, porque ello implica desconocer que los problemas son interdependientes entre sí (Dunn, 2004). Es necesario tener una visión integral del problema para poder diseñar estrategias adecuadas, es decir articuladas e interconectadas que aborden el problema integralmente.

La segunda característica es la subjetividad en la identificación de los problemas públicos. Hay muchas situaciones problemáticas en la sociedad, pero solo son consideradas aquellas que coinciden con las visiones, aspiraciones, intereses de actores de poder relevantes, quienes las impulsan e incorporan a la Agenda Pública. A partir de ello, podemos aportar datos e información objetiva acerca de cuáles son los elementos centrales, evolución y alcances del problema.

La tercera característica de los problemas públicos es que son dinámicos. Ellos tienden a evolucionar por los cambios en el conocimiento, en la tecnología, en la cultura, por la aparición de nuevos fenómenos sociales y por las propias intervenciones de la política pública (Olavarría, 2007).

Complejidad desde el campo de Política Pública

El campo de estudio de política pública se considera como uno de los principales campos de estudio que permite destacar la naturaleza, magnitud, comprensión y resolución de grandes problemas públicos tal como ejemplo el embarazo adolescente. Desde esta perspectiva analítica, el análisis de políticas públicas hace parte de un conjunto, una red de elementos destinados a producir conocimientos de tal manera que las políticas públicas constituyen un sistema igualmente parte de otros sistemas que podrían ser considerado abiertos complejos (Del Castillo, 2014).

Los problemas públicos complejos y sus soluciones emergen de los sistemas abiertos y para un mejor abordaje de esos últimos es decir una comprensión epistemológico y empírico en sus resoluciones, es importante comprender la naturaleza, los rasgos y complejidad de dichos problemas llamados *wicked problems* (Del Castillo, 2014) y el proceso de la formulación de las políticas públicas que lleva a su solución. La complejidad de que se trata aquí se refiere en la conceptualización de los *wicked problems* y en el proceso de las políticas públicas donde el enfoque es sobre las decisiones políticas y de política pública que se toman, en los gobiernos o entre gobiernos, en busca de identificar y construir soluciones a problemas públicos (definición de problema, diseño de políticas, implementación y evaluación de política) cuya manifestación genera efectos indeseables en la sociedad.

Desde el campo de política pública, los problemas públicos como el embarazo adolescente, la pobreza, la desigualdad emergen de sistemas abiertos entonces complejos es decir sin límite,

interdependientes y evolucionan los sistemas y subsistemas donde se emergen. Entonces para su estudio y análisis es indispensable delimitarles es decir definir un espacio temporal donde se observa el problema y su manifestación, entre un periodo de tiempo específico.

Según Rittel y Webber (1973), los *wicked problems* son objetos de estudio altamente complejos porque resulta difícil de solucionar a los mismos y entre ellos. La definición de los problemas depende de quién le atiende, de la información y capacidad de intervención de los actores desde las políticas públicas entonces no hay definiciones únicas para ellos. Por lo tanto, las soluciones tampoco son únicas e integrales dado que la definición está en función de la parte del problema que se busque solucionar y cada una lleva a una ruta distinta de aproximación de resolución (característica multidimensional de esos problemas). Los problemas públicos no tienen soluciones verdaderas o falsas, sino que las respuestas se valoran en función de la satisfacción que causan en las poblaciones objetivo. Además, cada problema es esencialmente único y en consecuencia exige de soluciones únicas donde la identificación del origen del problema en cuestión influye en la naturaleza de la solución y cada problema puede ser considerado el síntoma de otro problema entonces no existen relaciones lineales entre problemas y soluciones.

Entonces, considerando una investigación, este tipo de problema no puede ser comprendido de manera unidisciplinaria porque tendrá tantas definiciones posibles como perspectivas analíticas. Diferentes miradas, diferentes rutas de investigación dentro de las políticas públicas, diferentes pedagogías de análisis así que diferentes contextos podrían contribuir a comprender la incidencia de un factor sobre el problema. Para responder a este tipo de problema, es necesario establecer relaciones entre acciones y metas, lo que implica pensar en intervenciones transversales, integrales, que a su vez exigen determinados tipos de organización gubernamental. Según Del Castillo (2014), dentro de las Ciencias Sociales, el único campo de estudio que contribuye a acercar la multi-inter y transdisciplinariedad de los *wicked problems* son las Ciencias Políticas (*Policy Sciences*) tal como les llama Laswell.

Rutas de investigación en las ciencias de políticas

Desde la complejidad de los problemas públicos, Laswell destacó en el dominio de las ciencias de políticas (*policy sciences*) dos rutas de conocimiento que derivan en dos rutas de investigación de políticas públicas mejor conocidas como (*knowledge of and in*) el “conocimiento del proceso de

las políticas” y el “conocimiento en el proceso de las políticas” es decir de toma de decisiones en el orden público y civil (Lasswell, 1992).

La comprensión de la complejidad acerca de las políticas públicas exige un abordaje multidisciplinario y bajo un conjunto de marcos conceptuales y metodológicos comunes derivados de lo que se llama un Enfoque de Política Pública que es la ruta analítica que fija su atención en las decisiones públicas y/o de gobierno y en las de políticas públicas cuya orientación es la resolución de problemas (Del Castillo, 2014).

El conocimiento del proceso de toma de decisiones se basa sobre estudios sistemáticos y empíricos de cómo se elaboran y se llevan a cabo las políticas, se identifica con un tipo específico de investigación que toma forma bajo lo que se concibe como estudios de políticas (policy studies). Los estudios de políticas tratan de explicar y entender la lógica atrás de las tomas de decisiones en torno a los asuntos públicos, además, se consideran con carácter más cualitativos que cuantitativos en donde por lo general quien hace la función de variable independiente es el contexto de las políticas (policy context) y las variables dependientes son las políticas públicas (public policy) (Del Castillo, 2014). Los estudios de políticas tienen como objetivo generar conocimiento para describir, comprender y explicar causalmente la lógica del proceso de las políticas, sin perder de vista la generación de recomendaciones de política pública, permite captar la complejidad inherente del proceso de las políticas a partir de la reconstrucción de la lógica en la toma de decisiones.

En tanto al conocimiento en el proceso de las políticas, se asume bajo la ruta de investigación de análisis de políticas (policy analysis). Su objetivo es generar conocimiento para identificar cuál es la mejor opción técnica de políticas en función del problema público a resolver y trata de contestar a preguntas que orientan las investigaciones tales cual es la mejor alternativa de política pública ante un problema publico específico. Los análisis de políticas en la práctica se han reducido a estudios de costo beneficio y evaluaciones de impacto, cuyo propósito es precisamente producir información y conocimiento que permite identificar cuál es la mejor decisión en términos de costo-beneficio y cuál es la mejor forma de medir el impacto o la efectividad de la política en cuestión; en otras palabras, reducen la incertidumbre y ofrecen elementos para una toma de decisiones racional-técnica en términos de costo-beneficio (Del Castillo, 2014).

Política pública

Se considera a la política pública como el nombre del campo multidisciplinario científico-técnico que estudia los problemas públicos con la pretensión específica de dilucidar las mejores maneras de resolverlos, mitigarlos o erradicarlos, desde el punto de vista del interés público en la maximización (bajo restricciones) del bienestar social (Bazúa, 2010). Desde un punto de vista más general, son las maneras presumiblemente mejores de resolver, mitigar o erradicar ciertos problemas públicos específicos en un par de coordenadas espacio temporales dado, se les suele llamar políticas públicas. En este sentido se debe considerar al trípode conceptual *polity-politics-policy* considerando un *policy approach*. El trípode se puede traducir como estado-política-políticas o como las instituciones (leyes y órganos estatales encargados de hacerlas cumplir), los grupos políticos (y sus valores, ideas e intereses) y las políticas para enfrentar los problemas públicos.

La *polity* se refiere a lo que se puede determinar por estado o el hecho estatal o jurídico-institucional. Se refiere a los estados, los países existentes en el mundo. También puede ser más práctica entender por eso las “reglas del juego” la estructura, el régimen en el que se desarrollan los procesos de las políticas en los que incide las dinámicas de poder establecidas o en surgimiento. Se considera también la *polity* como las actividades humanas que tienen que ver con el gobierno, con las diferentes formas de gobierno y con el concepto de Estado. En particular la palabra tiene una extensión natural para los campos del saber que cultivan la ciencia política, la teoría política y el derecho público.

La *politics* sería la palabra que se adaptaría a la descripción más común de política en el sentido de dedicarse a la política, o de hablar de política. Se puede entender también como el proceso por el que la sociedad determina quien obtiene qué, cuándo lo obtiene y cómo lo obtiene. En otras palabras, se refiere al proceso de lucha entre grupos por la detentación del poder del estado o por influir en su ejercicio. Así, se suele hablar de los *political groups, political interests, political ideologies and political processes* dentro de las *polities*: grupos políticos, intereses políticos, ideologías políticas y procesos políticos dentro de los estados (Bazúa, 2010).

La *policy* por su parte tiene un significado más próximo a plan de acción, programa político y principios para la gestión de algo en concreto, se refiere a las estrategias de acción de los distintos

grupos sociales o políticos para lograr sus objetivos o, muy especialmente, del gobierno en turno frente a los problemas públicos, en contexto de estado liberal-democrático (Bazúa, 2010del). Se trataría de gestionar políticas públicas a través de programas específicos, en beneficio del conjunto de la población o de sectores sociales concretos. Esta última acepción permite utilizar adjetivos que califican al sustantivo principal. Son los casos de la implantación de una política económica o una política pública para la Justicia. Por ejemplo, se puede traducir por una declaración del gobierno de lo que se pretende como una ley, un reglamento, una norma, una decisión, una orden o combinación de ellas. La ausencia de tales declaraciones puede ser también una declaración implícita de política.

Las políticas públicas se refieren a aquello que alguna vez Dewey (1927) expresara como “lo público y sus problemas”. Se refieren a la forma en que se definen y construyen cuestiones y problemas, y a la forma en que llegan a la agenda política y a la agenda de las políticas pública. Asimismo, estudian “cómo, por qué y para que los gobiernos adoptan determinadas medidas y actúan o no actúan, o. en las palabras de Dye, estudian qué hacen los gobiernos, por qué lo hacen y cuál es su efecto (Dye 1976), y “todo lo que los gobiernos deciden de hacer o no hacer” (Dye, 1987).

En este sentido, las políticas públicas son como acciones por parte de gobierno o de cualquier grupo de interés hacia un tema específico con objetivo de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva o eficiente de uno o varios problemas específico, en donde participa otros grupos de interés en la definición del problema y de las posibles maneras de solucionarlo. Una definición más articulada que contiene un manual aparecido en varias lenguas afirma que una política pública es “un conjunto de acciones y decisiones llevadas a cabo por diversos actores con la finalidad de resolver un problema definido políticamente como público (Subirats, Knoepfel, Larrue, Varone, 2007). Así conceptualizado, dichas acciones deben tener unas características como buscar objetivos de interés o beneficio público y ser resultado de un proceso de investigación que implica el uso de un método para asegurar que la decisión tomada es la mejor alternativa posible para resolver un determinado problema público.

Varios autores en el campo (Subirats-Knoepfel y sus coautores) piensan que las políticas públicas no son solamente las actividades desarrolladas por las instituciones públicas, aun afirmando la necesidad de la participación de esos últimos, admiten que los actores pueden ser también privados (Dente, Subirats, 2014). En este sentido, desde un mayor nivel de abstracción, podemos definir una política pública como un conjunto de decisiones y actividades que están ligadas a la solución de un problema colectivo, esto es, «cualquier insatisfacción relativa a una necesidad, una demanda o una oportunidad de intervención pública» (Dunn, 1981).

Programa de Política Pública

Se consideran los programas de política pública como iniciativas gubernamentales orientadas a atender los problemas públicos o los temas considerados relevantes para la sociedad. Los programas de política pública o instrumentos de política pública son las intervenciones puntuales, específicas, directas que permiten llegar a un objetivo final y al mismo tiempo tratando de no duplicar los esfuerzos hacia un tema. Los programas permitan de saber qué es lo que el gobierno hace para alcanzar sus objetivos.

Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), se ha definido la salud reproductiva cuyas características esenciales específicamente diferencian la salud reproductiva y sexual de los demás campos de la salud. La salud no se limita al periodo reproductivo de una persona, y está estrechamente relacionada con diversos factores socioculturales, las funciones características de uno u otro sexo y el respeto y la protección de los derechos humanos, en especial los relacionados con la sexualidad y las relaciones interpersonales.

En este contexto se definió la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir de hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho

a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Con esa definición, la salud reproductiva se identifica como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

La definición de la SSR abarca ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes internacionales de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de los derechos humanos.¹

Es un hecho que, en la mayoría de los países, los tabúes y normas relacionados con la sexualidad se erigen como importantes obstáculos para facilitar información y prestar servicios de salud reproductiva como modalidades de apoyo que incitan los adolescentes a mantenerse sanos. Sin embargo, el comportamiento sexual y reproductivo durante la adolescencia tiene consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo. En algunos lugares del mundo, la actividad sexual comienza durante la adolescencia y, con independencia de que se dé dentro o fuera del matrimonio, a menudo no está exenta de riesgos. Los adolescentes rara vez cuentan con la capacidad o el apoyo necesarios para oponer resistencia a presiones que les empujan a mantener relaciones sexuales, para negociar la adopción de prácticas menos arriesgadas o para protegerse contra embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual.

Tal como definido, los servicios de salud sexual y productiva acercan cinco aspectos fundamentales que son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con

¹ Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIDP.

problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual; y promover la salud sexual. Dada el estrecho vínculo entre los diferentes aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, es probable que las intervenciones efectuadas en una esfera tengan repercusiones positivas en las demás. El propósito de los programas de salud reproductiva se enfoca en garantizar el acceso y el uso de los métodos con fines de planificación familiar. En este sentido, el porcentaje de mujeres unidas usuarias de métodos se erige como una buena medida para monitorear el estatus del uso con fines de planificación, ya que teóricamente este grupo de mujeres es el mayormente expuesto a concebir.

CAPITULO 2 - MARCO METODOLOGICO

2.1 Estado de la cuestión

El embarazo adolescente ha sido definido de distintas maneras y por muchos actores, pero la definición que subrayamos en este estudio es según la OMS que le define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. Cada uno de los dos grupos de países tienen una definición propia del problema, entonces se van a considerar cada una de esas definiciones, límites, y factores asociados desde las perspectivas de los procesos de las políticas, y del contexto de las políticas.

Distintos autores han reflexionado sobre el tema, unos lo han tratado como un problema individual, de salud pública por su impacto negativa sobre la salud de la madre, del producto en gestación y del recién nacido (Noguera, N., & Alvarado, H., 2012) (Avellaneda, A. C. O., & Torres, L. M. 2019). Generalmente, se presenta como los principales afectados por este fenómeno los y las adolescentes y eso a diferentes niveles es decir económico, social, salud, educación etc... Este fenómeno puede ser considerado a un nivel colectivo también donde se ve incrementar la pobreza, las brechas económico social entre estratos de la población, y el crecimiento demográfico entre otros (Gómez-Mercado, C. A., & Montoya-Vélez, L. P. 2014). En esta investigación se necesitan los dos aspectos para poder explicar las decisiones de estrategia de los gobiernos desde la definición del problema público.

Según un artículo de Paula León, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 2008, se ha notado un aumento de la incidencia del embarazo adolescente y eso debido a la mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil. En este estudio, trataron de identificar los factores de riesgos individuales (menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar), familiares (disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres) y sociales (bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social) y consecuencias (complicaciones de salud y psicosocial) que se derivan del problema y una breve revisión de los programas que se

han implementado (Programas de Educación Sexual en Chile PES) en el país con el objetivo de solucionar el problema hasta los años 1970s.

En el año 2000, se ha registrado 16% de los recién nacidos en Chile fueron de madres menores a 19 años, en 2017 el embarazo adolescente llegó a su nivel más bajo 7.9% menos de la mitad registrado por 2012. Según Ramiro Molina ²(2018), las políticas de Salud han tenido impacto y el mayor acceso a los anticonceptivos es clave para explicar la disminución de los embarazos. Las acciones realizadas por el equipo de salud se dividen en: control de salud integral, demanda espontánea y atención programada, priorizando prestaciones de consejería, autocuidado en salud, salud sexual reproductiva (Prevención embarazo e ITS, Consejería para adolescentes con distinta orientación e identidad sexual y uso preservativos y consejería para hombres) regulación de fertilidad, consulta de salud mental y trabajo comunitario, cuya tarea central es el vínculo con escuelas, liceos y otros espacios de la comunidad, a fin de fortalecer las acciones preventivas, promocionales y la participación en los y las adolescentes (PNSSR, 2018).

Ulanowicz, Parra y Wendler coinciden en su artículo “los riesgos en el embarazo adolescente” de 2006 en el hecho de es un problema a nivel mundial debido a que los adolescentes inician sus relaciones sexuales en edad muy tempranas. Presentaron las consecuencias sociales (mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos.) y de salud del EA (de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbimortalidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía).

En su artículo de 2013 “el embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las Políticas públicas”, Walter Mendoza y Gracia Subiría llegaron a identificar los vínculos que existen entre el embarazo adolescentes peruanas con la pobreza, la desnutrición y la educación social. Entre todo destacaron unos determinantes intermedios y próximos (pareja estable y actividad sexual, edad de primera relación sexual, uso de anticonceptivos) del embarazo adolescente en el país.

- Sociocultural y ambientales: Lugar de residencia, acceso a medios, legislación, patrones culturales, etnicidad;

² Ramiro Molina, ginecólogo y coordinador del programa de Educación Sexual de la Universidad de Chile

- Familiares: Características de jefe de familia (edad, sexo, educación, empleo); ¿la madre tuvo hijos durante la adolescencia?
- Individuales: Nivel educativo, acceso a planificación familiar, participación laboral, acceso a medios, religión, expectativa de número de hijos y de parejas.

Establecieron tanto a nivel individual como colectivo, múltiples impactos del EA como la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza y sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana (de la adolescente y de sus hijos). De manera general, los autores que investigaron el tema acabaron con las mismas conclusiones a pesar del contexto diferente de cada país.

Según un artículo de Villalobos-Hernández de 2015, sobre el embarazo adolescente en México, lograron identificar un cierto vínculo que existe entre el embarazo adolescente y el rezago educativo. Concluyeron a que el rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo y la necesidad de diseñar políticas y estrategias operativas eficientes para favorecer la permanencia escolar y reducir el rezago educativo en adolescentes con y sin hijos.

Otra investigación de Guillermo Noriega y Valenzuela de 2011, presenta los resultados concluyentes de un estudio sobre el conocimiento de las concepciones en torno al embarazo adolescente en una comunidad específica, así como la discriminación que ésta ejerce contra las adolescentes embarazadas. Esta investigación les permitió asomarse al proceso de transformación sociocultural de las comunidades rurales de México donde las prácticas discriminatorias en esa comunidad son el resultado de un conjunto de valoraciones, concepciones, actitudes y expectativas contradictorias, tanto tradicionales como modernas, que se van desarrollando en torno a las adolescentes, su sexualidad y su identidad genérica y generacional.

Nicaragua no cuenta con políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva definidas de manera particular para el grupo de adolescentes de ambos sexos. Se ha planteado la problemática de la juventud a través de la Política Nacional para el desarrollo integral de la Juventud (PNDIJ). Considerando el marco de derechos Humanos y de derechos sexuales, han tomado acciones legales para enfrentar el problema vinculado con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). como por ejemplo

la aprobación del Código de la Niñez y la Adolescencia de Nicaragua en 1998, la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud, promulgada en 2001.

En el caso de Bolivia, el embarazo en adolescentes y jóvenes de Bolivia, es uno de los principales problemas que afectan su normal desarrollo y formación. Por esta razón, la implementación del Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (2015 - 2020), constituye un importante desafío para el Estado Plurinacional de Bolivia.

Los últimos datos que tuvieron repercusión en diferentes medios de comunicación nacional e internacional al respecto de la realidad en Bolivia, fueron los de un reporte del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), que señala que en el 2013 se registraron en Bolivia 90 mil embarazos adolescentes, un equivalente a 246 por día y 10 cada hora. Este dato estadístico también se ve reflejado en el Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes 2015 -2020, que indica que según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) esos 90 mil embarazos corresponderían a menores de 20 años. La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud desarrollada en Bolivia que data de la gestión 2008, señala que 3 de cada 4 embarazos en mujeres entre 15 y 19 años no son planificados, entre un 7% y 17% de embarazos no planificados se producen por violencia sexual. El estudio del UNFPA también señala que Bolivia se ubicó entre los siete países con las mayores tasas de embarazo adolescente a nivel de América Latina y el Caribe, con un promedio de fecundidad de 88 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años, por encima del promedio regional de 50 embarazos por 1000 mujeres.

Haití también tiene una alta tasa de embarazo adolescente, lo que incrementa los riesgos tanto para las adolescentes como para sus hijos. El sector de la salud sexual y reproductiva (SSR), al igual que otros sectores de la salud, sufre de la disfunción del sistema de salud que tiene un impacto negativo en los indicadores de salud del país. Los temas de accesibilidad, equidad y calidad de los servicios, así como el financiamiento de la salud y en particular el acceso financiero de la población, son fundamentales para mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva.

Con base en datos de la Encuesta de mortalidad, morbilidad y utilización de servicios (EMMUS VI), en 2016-2017, se puede ver que, en general, el 10% de las adolescentes de entre 15 y 19 años ya han comenzado su vida reproductiva. Entre ellos, el 8,2% ya han tenido un nacimiento vivo y el 2% está embarazada de un primer hijo. Comparado con encuestas antes, el porcentaje de niñas

adolescentes que ya han comenzado su vida fértil ha disminuido, aumentando del 14% en 2005-2006 y 2012 al 10% en 2016-2017.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar sigue siendo particularmente alta entre las niñas de 15 a 19 años en 2016-2017, es decir, 55,5%. La proporción de niñas adolescentes que han iniciado su vida fértil aumenta rápidamente de 15 a 19 años, y pasa de 1,4% a 21,3%. Ya, a la edad de 19 años, el 18,7% de las adolescentes han tenido un hijo vivo y el 2,5% estaban embarazadas de un primer hijo (EMMUS VI 2016-2017). Esta proporción disminuye de manera muy significativa cuando aumenta el nivel de educación, pasando del 27% entre las adolescentes sin educación al 9% entre las que alcanzan el nivel secundaria o superior. Esta proporción también disminuye según el nivel de bienestar económico de hogares.

En Uruguay, hacia 2014 la fecundidad de adolescentes era muy alta y resistente al descenso, con una tasa de casi 60 ‰ mujeres de 15 a 19 años, por encima del promedio del mundo (45 ‰) y próximo al promedio de América Latina y el Caribe (65 ‰). A su vez, la fecundidad en adolescentes en el país mostraba una profunda segmentación territorial, ya que en algunos departamentos se observaban indicadores similares a países en situación de extrema pobreza, con tasas específicas de entre 70 y 86 ‰ adolescentes embarazadas. Según las Estadísticas Vitales del MSP, el porcentaje de nacimientos en menores de veinte años se ha mantenido entre el 15 % y el 17% en las últimas dos décadas. Hacia 2014, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que habían iniciado su maternidad era 10 %, mientras que los adolescentes masculinos que declararon haber iniciado su paternidad a esas edades fueron el 2,6 %. A partir de esta información podría considerarse que la mayoría de los padres de hijas/os de madres adolescentes son adultos. Esta diferencia notable responde a modelos de socialización de género y de relaciones desiguales de poder (ENIPEA Uruguay, 2016-2020).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 39.2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa. El 7,5% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que el 30,1% la tuvo antes de los 18 años. Entre las mujeres de 15 a 24 años la información sobre sexualidad y salud sexual y salud reproductiva es mayor cuando éstas tienen mayor nivel de instrucción, sobrepasa el 80% en mujeres con instrucción secundaria completa o instrucción superior. La información sobre anticoncepción de emergencia es menor a

los otros temas en todos los niveles de instrucción. El 89,9 % de niñas de 10 a 14 años que han tenido relaciones sexuales, las tuvo con personas mayores a ellas y además de eso, las adolescentes entre 15 a 24 años, en un 67,7%, no utilizaron método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones para ello son no conocer los métodos anticonceptivos y no poder conseguirlos. Como una de las consecuencias del embarazo, el 44,3% de mujeres que se embarazaron (15 a 24 años) interrumpió sus estudios y no volvió a estudiar.

2.2 Definición del problema público

El problema social del embarazo adolescente se hace problema público cuando los actores políticos del gobierno deciden intervenir para mitigar el problema. Un problema público es una construcción social resultado de las creencias, valores e interpretaciones que los actores involucrados poseen sobre una situación indeseable y que es reflejo de la forma en que estos perciben la realidad (Cobb & Elder, 1984-1993). La definición del problema público debe ser socialmente aceptable y políticamente viable, es decir, debe ser abordable y adaptado con los recursos disponibles.

Así, un mismo problema social, según la literatura como el embarazo adolescente, puede ser definido de distintas formas según la incidencia que los actores de interés hayan tenido en esta definición y dado que las políticas públicas deben tener un diseño de intervención gubernamental concreto. Puede ser definido como crisis de valores, en términos de riesgos de salud, considerando el aspecto de la deserción escolar, desde un punto de vista económica, o de sus efectos sociales.

En cuanto a la situación de la región latinoamericana, de acuerdo con el informe de Estado de Población Mundial 2013 del UNFPA, es una de las dos regiones del mundo con tasas más elevadas de natalidad en adolescentes. Se estima que casi 18% de los nacimientos en la región corresponden a madre menores de 20 años. Cada año, alrededor de un millón y medio de niñas adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz. De por sí alarmantes se ven esas cifras, se tornan más críticas al observar que una gran mayoría de estos embarazos resultan ser consecuencia de la falta de información, el limitado acceso a métodos anticonceptivos y la violencia sexual y de género.

En Haití, desde los últimos años, se nota una disminución de la tasa de embarazo adolescente de 86 nacimientos en 1982, por 68.5 nacimientos en 2000 hasta 50 en 2019 por cada mil adolescentes

de 15 a 19 años según el Banco Mundial³. Esta tasa es un poco más que el nivel mundial de 49 nacimientos por cada 1000 adolescentes, aunque este problema no ha sido definido de ninguna forma por parte de las autoridades haitianas sea en el Plan Estratégico de Desarrollo de Haití (PSDH), en la Política Nacional de Salud (PNS, 2012), o en el Plan director de Salud (PDS, 2012).

En Nicaragua, la tasa de fecundidad en adolescentes, medida por los nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, se ha reducido de 106 a 90 entre 2006/07 y 2011/12, y principalmente en el área rural (de 139 a 116). En dos décadas, la tasa de fecundidad para adolescentes pasó de 158 nacimientos por cada mil adolescentes en 1992/93 a 90 nacimientos por cada mil adolescentes en 2011/2012, una reducción de 43.0%. A pesar de esa reducción, la tasa de fecundidad en el grupo de mujeres de 15 a 19 años todavía es clasificada como alta según estándares internacionales (ENDESA, 2016).

En Honduras, reducir los altos niveles de maternidad adolescente es vital para el mejoramiento de vida de las mujeres y de sus familias, así como de la sociedad en general. Las estadísticas nacionales sobre embarazo adolescente son preocupantes, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina, 57 de cada 100 mujeres que dan a luz son adolescentes entre los 12 y 17 años. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012 la incidencia de embarazos en adolescentes es en ascenso con un 24 % si se compara con la ENDESA 2005-2006 donde hubo un 22%. Esos países si implementaron acciones orientado a la atención del embarazo adolescente a un cierto nivel, considerando una sola dimensión del problema, la salud.

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que actualmente existen en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años. El embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido a que 1) las mujeres de 15 a 19 años constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y 2) la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad. Según reporta la ENSANUT a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. A nivel nacional, de acuerdo con los datos de la última encuesta demográfica disponible (2009), la edad promedio del inicio de la vida sexual en

³ ID: SP.ADO.TFRT / Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial.

las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012. Para responder al desafío de disminuir la incidencia de este problema, se ha diseñado la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA-2015).

En Bolivia 23% de la población del país son adolescente de 10 a 19 años, del cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino, en quienes se estima, según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENDSA 2008), que cerca de 18% ya son madres o están embarazadas. Las instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil en relación con el tema son los principales actores del diseño e implementación de la Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (2015 - 2020), diseñado por el Ministerio de la Justicia.

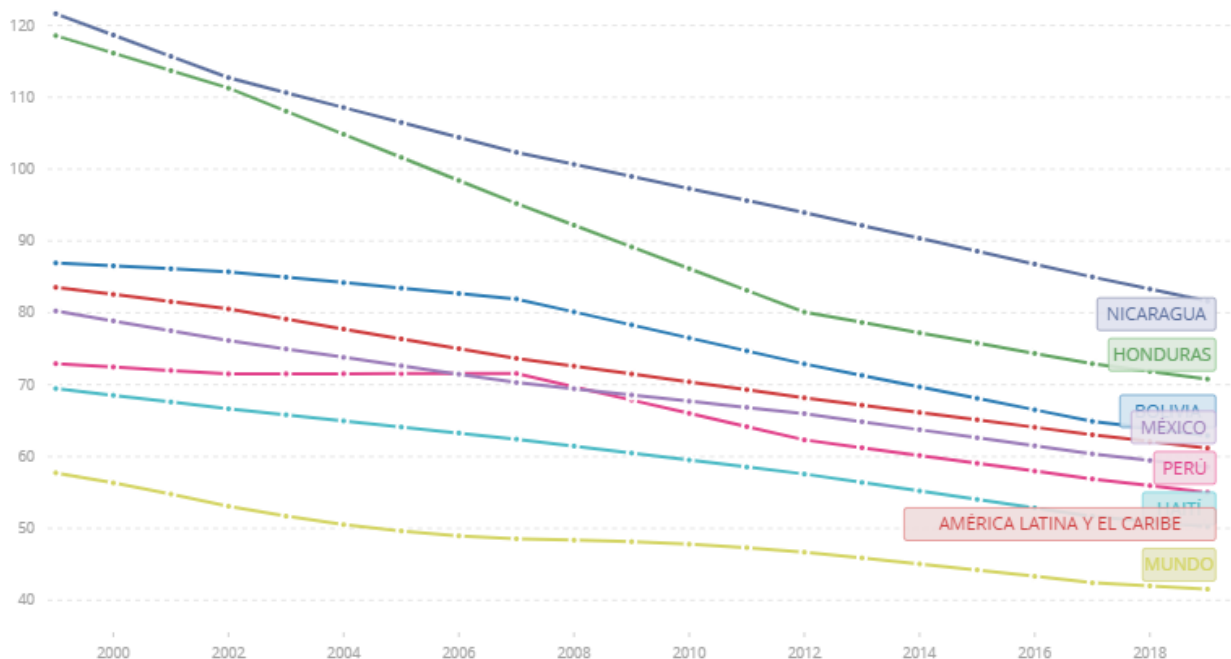
Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2012, el 13,2% de las adolescentes de 15 a 19 años habían cursado un embarazo. Según datos del Censo del 2007 en el Perú hay 160,258 madres adolescentes de 12 a 19 años, de las cuales 4,521 tienen edades entre 12 a 14 años y 155, 738 entre 15 a 19 años. En este contexto, el gobierno peruano reconoció las consecuencias del embarazo en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la subregión y declaró prioritarios los planes para su prevención y atención integral y desarrollo el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescente (2013-2021) podría ayudar al Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021) de lograr sus metas de reducir la tasa de maternidad adolescente en 20%.

En la gráfica 1, se presenta una comparación de la tasa de fertilidad en adolescentes sobre el periodo de tiempo estudiado en la investigación. Aquí se nota las altas tasas del embarazo en adolescentes en esta región de América Latina y en el Caribe. La tendencia que se nota es muy significativa y similar para todos los países, aunque no sea en la misma proporción para todos, pero todas las tasas se van disminuyendo con los años.

Es importante señalar que todos esos países son muy diferentes a muchos niveles, Nicaragua y Honduras tienen las tasas las más altas incluso parece que han disminuido más en comparación a los demás países. Haití por su parte en toda esa región tiene las tasas más bajas y sigue la misma tendencia. Bolivia, México y Perú siguen una tendencia casi del mismo ritmo sobre el periodo de tiempo.

Gráfica 1 - Tasa de fertilidad en adolescentes

**Tasa de fertilidad en adolescentes
nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años
Bolivia, México, Perú, Haití, Honduras, Nicaragua
(en comparación a la región y al mundo)**



Fuente: Elaboración propia con los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial. Banco Mundial 2021.

¿Qué respuesta ha merecido el problema del embarazo adolescente en los últimos 20 años en termino de disminución de tasa, prevención y atención en América Latina & Caribe? La alta tasa del embarazo adolescente en esta región del mundo ha sido un problema muy importante en las últimas décadas y eso tiene muchas consecuencias negativas económicas, sociales, educativas, y de salud especialmente sobre la salud de la madre y del recién nacido. Muchos gobiernos implementaron políticas públicas y hasta un nivel más amplio en esta región se ha implementado hasta estrategias de Cooperación Internacional como el Plan Andino para la Prevención del

Embarazo Adolescente PLANEA en 2007, que es un factor que puede explicar el cambio en la tendencia de la tasa de fertilidad en adolescentes que se notó en la gráfica 1 y 2 más abajo.

En México, Bolivia y Perú se diseñaron políticas públicas integrales, intersectoriales para mitigar el problema. Las políticas públicas intersectoriales e integrales suelen buscar un mayor nivel de bienestar social para los individuos a través de la resolución de problema público, lo que resulta de los procesos decisionales tomados a través de la participación y coordinación de varios sectores y actores, además, entienden el problema en toda su extensión. Sin embargo, una política pública siempre lleva unos factores o retos que condicionan el éxito o fracaso de su implementación (Campos, 2013). Esos factores son relativos tanto al diseño de la política pública, a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo la política, a los actores involucrados en el diseño y la implementación de la política pública, y finalmente a los elementos externos que no se pueden controlar y que influyen en la implementación de la política pública (*Tabla 2*).

En Nicaragua, Haití, Honduras se enfocaron en la dimensión salud pública del problema a través de la Salud sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva (SSR) es un componente muy importante en la vida de adolescentes y jóvenes; el tipo de socialización de la sexualidad y cómo se vivencia puede ser crucial para sus trayectorias de vida. A pesar de que los países de América Latina han manifestado interés y en algunos casos se han comprometido a desarrollar acciones y políticas tendientes a asegurar las condiciones de la SSR y el ejercicio de derechos, aún siguen existiendo en esta región una serie de problemáticas y déficits asociados a este ámbito de la vida de las personas (Faget, 2011).

Cada una de esas estrategias obtuvo sus resultados en esos 20 últimos años en América Latina & Caribe. En este sentido, se prioriza un estudio de políticas públicas a partir de la base de datos del Banco Mundial⁴ para contrastar los resultados obtenidos de la variación de la tasa del EA con la existencia de políticas públicas intersectoriales o programas de salud sexual y reproductivas. Se desarrollará este estudio desde un análisis documental desde 4 perspectivas: los acciones, los actores, el periodo y los resultados obtenidos.

⁴ <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?view=chart&locations=HT>

Tabla 2 - Factores que condicionan el éxito o fracaso de la implementación.

Tipo	Factores
Relativo al diseño de la política pública	<ul style="list-style-type: none"> - Claridad de objetivos, - Validez de la teoría causal de las acciones propuestas, - Complejidad del cambio involucrado;
	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de aprobaciones y cambios legales requeridos; - Grado de control sobre la política pública
Relativo a los recursos de la política pública	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a recursos materiales y financieros, - Capacidad técnica, - Políticas de incentivos
Relativo a los actores	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicidad de los actores, - Divergencia de agendas y metas. - Intereses afectados, - Coordinación y comunicación, - Apertura al cambio y motivación de los funcionarios, - Capacidad de adaptación;
Relativo a los factores externos	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente político, - Desastres naturales, - Guerras, levantamientos y actos terroristas; - Huelgas, - Crisis económicas.

Fuente: Campos, J. R. (2013).

2.3 Atributos del problema

El problema del embarazo adolescente es una cuestión transversal que afecta a las oportunidades y la calidad de vida de los adolescentes, las comunidades y el Estado. A pesar de la tendencia a disminución del nivel de embarazo en adolescencia en la región América Latina & Caribe, la tasa de embarazos en adolescentes sigue siendo alta. Las consecuencias de este problema son múltiples, y según la literatura sobre el tema, tienen carácter económico, educativa, de salud y social. Por ejemplo, en Uruguay, la forma por la cual se va procesando la variación de la tasa en esta región obedece a múltiples razones y se ha comprobado que factores tales como el grado de urbanización, los años de educación de la mujer o del jefe de hogar y la pertenencia a diferentes estratos socio ocupacionales tienen una estrecha relación con los niveles de fecundidad. En particular, la asociación más clara se da entre fecundidad y educación, siendo que las mujeres más instruidas tienen claramente una fecundidad mucho más baja que las mujeres sin instrucción (Varela Petito, 2005).

Estos factores pueden llevar a los padres adolescentes a enfrentar restricciones para acceder a empleos formales y bien remunerados y a un agravamiento de las relaciones de dependencia económica de los hijos hacia los padres y de las mujeres hacia sus parejas. En última instancia, los adolescentes son más propensos a vivir en pobreza, padecer carencias, ser vulnerados en sus derechos y ver limitado su desarrollo.

En general, la edad a la que las mujeres dan a luz por primera vez influye en gran medida en su descendencia final, especialmente en las poblaciones en las que el uso de anticonceptivos es bajo. Cuanto más temprana sea la edad de una mujer en su primer parto, más probabilidades tendrá de tener un hijo. Cuanto antes tenga una mujer su primer parto, mayor será la probabilidad de que tenga más hijos. Por otro lado, una edad demasiado temprana en el primer parto se asocia a un mayor riesgo y puede tener un impacto significativo en la salud de la madre. Además, el parto prematuro puede ser una causa de abandono escolar y un obstáculo para mejorar la situación socioeconómica de las mujeres.

Para una mejor aproximación de la amplitud del problema multidimensional que representa el embarazo adolescente, es necesario entender los diferentes impactos del problema desde distintas perspectivas. Para este trabajo, nos vamos a enfocar en cuatro dimensiones del problema,

económica, educativa, salud y social. Según un informe sobre los determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia de 2015 explicando las causas de las causas del problema, se explica que el embarazo adolescente es un problema de salud, socioeconómico y demográfico. Hay un relativo consenso en torno a los efectos negativos del embarazo en la adolescencia sobre la vida de las niñas, sus familias y comunidades.

Al respecto, Reyes y González (2014) destacan que el embarazo a temprana edad tiene consecuencias biológicas tanto para la madre como para el niño. Dichas consecuencias se manifiestan como riesgos derivados de las condiciones de salud previas al embarazo (malnutrición, bajo peso y talla, necesidades básicas insatisfechas en el control prenatal) y las condiciones socioeconómicas de las adolescentes (pobreza, bajo logro escolar, necesidades básicas insatisfechas). En síntesis, el embarazo en adolescentes es resultado de la desigualdad social y la falta de oportunidades en la educación y el empleo, lo cual a menudo perpetúa el ciclo de la pobreza, causas que a su vez determinan la mortalidad y morbilidad explicada desde el embarazo en la adolescencia, en particular entre niñas y mujeres jóvenes de grupos más vulnerables y desfavorecidos (Reyes & González, 2014). En el artículo “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente”, los autores han destacado unas evidencias de que el embarazo durante la adolescencia muchas veces trunca posibilidades de desarrollo y pérdida de un proyecto de vida han sido mostradas en diversos contextos de México y de América Latina, con las consecuencias antes mencionadas. Sin embargo, si se anclan esas evidencias al contexto específico de un país, se advierte que las características sociales, económicas y culturales no siempre permiten afirmar estas circunstancias. Esto se debe precisamente a la especificidad del contexto, puesto que el embarazo adolescente tiene características particulares que no necesariamente se dan en otros lugares: los adolescentes no conforman grupos homogéneos; por lo contrario, su diversidad es tan amplia que es imposible generalizar dichos comportamientos al total de este grupo etario (Reyes & González, 2014).

La investigación ha sido hecha desde diversas perspectivas teórico-metodológicas:

- El embarazo adolescente implica grandes riesgos y afectaciones para la salud materno-infantil.
- La fecundidad adolescente se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas.
- La fecundidad adolescente ha contribuido al crecimiento demográfico.

- El embarazo adolescente es un factor determinante en la deserción escolar.
- El embarazo adolescente es un mecanismo que conlleva a la transmisión de la pobreza intergeneracional.

En las siguientes tablas 3 y 4, se presenta los diferentes atributos del embarazo en adolescente considerando 4 de las dimensiones del problema primero a nivel individual y luego a nivel colectivo de la sociedad así que unos factores que explican el problema.

Tabla 3 - Atributos del embarazo adolescente

Actores	Dimensión			
	Económica	Educación	Salud	Social
Adolescentes	Inserción forzada al mercado laboral	Deserción escolar	Mayor riesgo en el embarazo	Exclusión
	Baja remuneración	Letargo educativo	Enfermedades de transmisión sexual	Castigo moral
	Reproducción de la pobreza			Depresión
Estado	Incremento de demanda laboral	Exceso de mano de obra no calificada	Mayores recursos para la atención de adolescentes	Crecimiento demográfico
	Destino de fondos al sistema de salud	Subdesarrollo tecnológico	Mala alimentación de población por nacer	
	Incremento de la pobreza	Ensanchamiento en la brecha educativa	Mala alimentación en madres adolescentes	Delincuencia

Fuente: Elaboración propia (ENAPEA 2015, Stern 1997, Lauredo, Arturo201, Rubio 2003, Villalobos, Aremis 2015, Mendoza, Walter, and Subiría 2013, Gómez, Carlos, and Liliana 2013, WHO, PAHO, UNFPA)

Tabla 4 - Factores que explican el problema

Factores que explican el problema		
1. Violencia de género (Abuso sexual)	2. Bajo ingreso familiar	3. Creencias y valores familiares
4. Embarazo no deseado	5. Bajo nivel educativo (familiar y adolescente)	6. Dificultad de acceso a los métodos anticonceptivos
7. Falta de educación sexual	8. Falta de proyecto de vida	9. Familias disfuncionales

Fuente: Elaboración propia desde la ENAPEA, Stern C. (1997)

2.4 Objetos de investigación

El Embarazo adolescente es un problema complejo y multidimensional, entonces los gobiernos intentan varias estrategias para lograr resultados y resolver el problema. Unos priorizan resultados rápidos a corto plazo y otros priorizan resultados más a largo plazo. En esta dinámica se identifica las estrategias planteadas en esta investigación donde ambos han obtenido resultados, aunque unos más que otros. Así, esta investigación intenta analizar la eficiencia de esas estrategias a partir de sus componentes y de los resultados obtenidos.

En otras palabras, los objetos de esta investigación son las diferentes estrategias a través de las cuales se intenta explicar la adecuación entre una política especificada por parte de las autoridades y las intervenciones implementadas en termino de disminución de la tasa del embarazo adolescente en dos grupos de países en América Latina & Caribe. El propósito final proponer herramientas o conocimientos que permitirán combinar las estrategias para obtener mejor resultados en termino de impactos a largo plazo.

2.5 Pregunta orientada y de investigación

¿Qué decisiones de políticas están más asociadas a la disminución de manera puntual de la tasa del embarazo adolescente en el corto plazo en la región de América Latina y el Caribe?

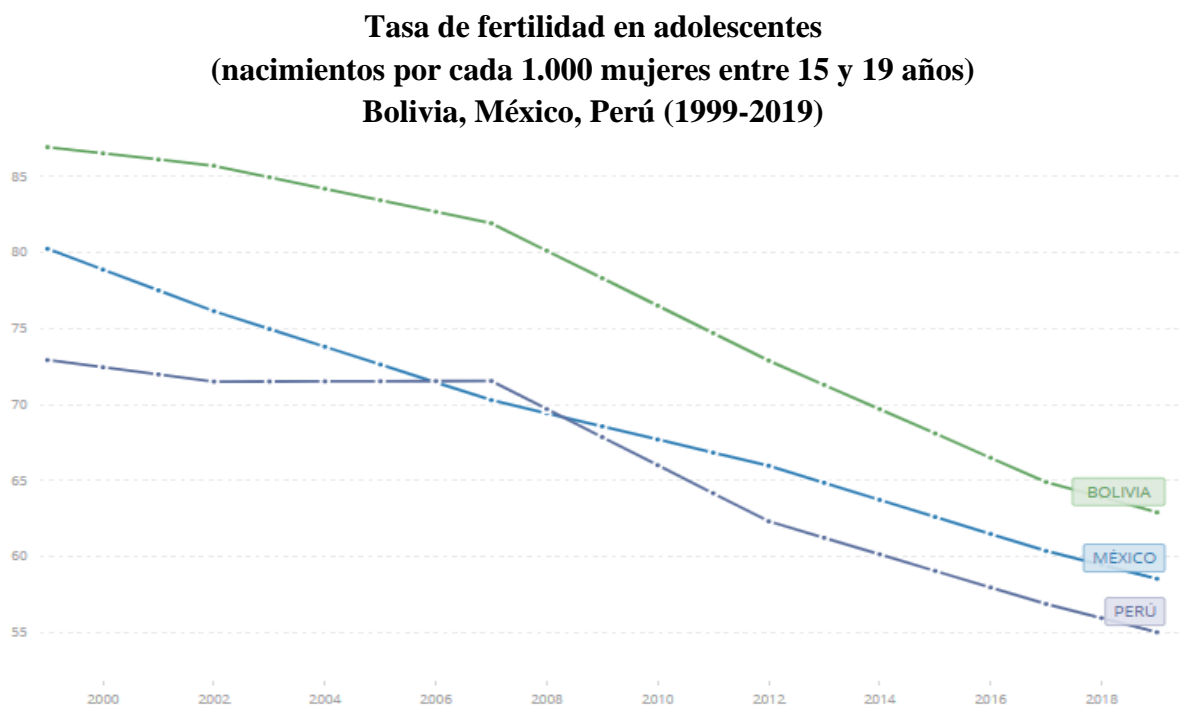
Se plantea la pregunta de investigación así porque es importante saber de qué manera afecta las estrategias en esos países en la resolución del problema del embarazo adolescente, cuál es la estrategia más eficiente para lograr resultados más concretos en término de impacto en la región. En otras palabras, se busca saber cuál estrategia permite disminuir rápidamente y a corto plazo la

tasa del embarazo en adolescentes en los países. En este sentido se responderán las siguientes preguntas específicas:

- 1. ¿Cómo se define el problema del embarazo adolescente en los países desde la perspectiva de las Políticas Públicas (PPs)?**
- 2. ¿Cuáles son los pilares, componentes o lineamientos estratégicos principales a la base de las políticas públicas intersectoriales diseñadas por los gobiernos?**
- 3. ¿Cuáles son elementos principales y básicos de los programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) implementados por los gobiernos?**
- 4. ¿Cómo se vincula los programas de Salud Sexual y Reproductiva con las políticas públicas en proceso de implementación?**

Las gráficas 2 y 3, presentan un breve resumen de la tendencia y la variación de la tasa de fertilidad en adolescentes por cada grupo de países sobre el periodo de tiempo considerado. En el primer grupo de países se encuentra Bolivia, México y Perú y de igual manera se puede notar la tendencia al bajo de la tasa en esos países. En 2007, se puede notar un cambio bastante significativo en los países de la región Andina es decir Bolivia y Perú que coincide con la implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (PLANEA-2007).

Gráfica 2 - Tasa de fertilidad en adolescentes (Bolivia, México, Perú)

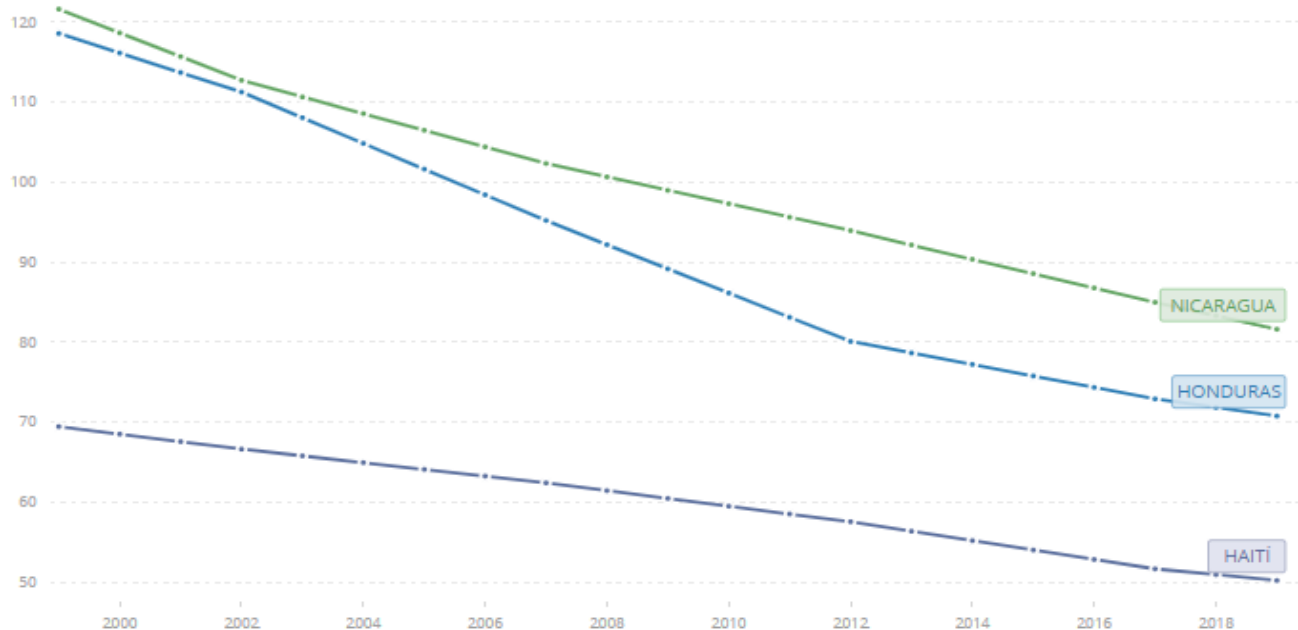


Fuente: Elaboración propia con los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial. Banco Mundial 2021.

En el segundo grupo de países, se encuentra Nicaragua, Honduras y Haití, tal como el primer grupo, la tendencia sigue disminuyendo, pero aquí se puede notar que baja en mayor proporción que en el primer grupo específicamente en Nicaragua y Honduras.

Gráfica 3 - Tasa de fertilidad en adolescentes (Haití, Honduras, Nicaragua)

**Tasa de fertilidad en adolescentes
(nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)
Haití, Honduras, Nicaragua (1999-2019)**



Fuente: Elaboración propia con los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial. Banco Mundial 2021.

2.6 Hipótesis

Los países que se enfocaron en programas de Salud Sexual y Reproductiva, es decir donde se enfocaron en la dimensión salud pública del problema, se observa resultados más concretos en el corto plazo de tal forma que se obtuvo mayor disminución de la tasa del embarazo adolescente que los países que han diseñado Políticas Públicas intersectoriales e integrales.

Para esta investigación, se van a considerar dos dimensiones principales entre las estrategias, las políticas públicas y los programas de política pública. Así se considera una política pública las decisiones y acciones que toman los gobiernos con el propósito de responder a la resolución de un problema público y un programa de política pública que es un instrumento de políticas públicas

donde se ubican las intervenciones que permiten llegar al gran objetivo de la resolución del problema público (Del Castillo, 2014).

La tasa del embarazo en adolescentes en América Latina y en el Caribe ha bajado consecuentemente en los países donde diseñaron una política pública intersectorial y también en los países donde implementaron programas de salud sexual y reproductiva.

Según la literatura en el campo multidisciplinario de las políticas públicas (Lawrence, Geva-May, Del Castillo, Bazúa), las políticas públicas son estrategias para resolver problemas públicos como en el caso del embarazo adolescente, permiten la disminución de la tasa global, la prevención y la atención del problema. Sin embargo, no es la única estrategia que se puede utilizar para obtener este efecto. Otras estrategias han concluido a resultados similares especialmente en la región de América Latina y en el Caribe.

De manera concreta, según el paradigma de la complejidad (Del Castillo 2014), las políticas públicas intersectoriales involucran la acción dirigida de un conjunto de actores para la resolución de problemas complejos por ejemplo en el caso del embarazo adolescente, con perspectiva de educación, oportunidades laborales, de derechos, de género y engloban varias dimensiones acerca un mismo problema dicho complejo. Del otro lado, los programas de políticas públicas se presentan como una construcción técnica, son intervenciones directas sobre una realidad social (Winchester, 2016) distinta o una dimensión específica de un problema público por ejemplo dimensión salud pública del embarazo adolescente.

2.7 Objetivo de la investigación

2.7.1 Objetivo general

Establecer, a través de los resultados de las encuestas y de un modelo econométrico,⁵ si existe una correlación entre la disminución de la tasa del embarazo adolescente y las estrategias empleadas por diferentes gobiernos para su resolución considerando dos dimensiones de estrategias, es decir,

⁵ Un modelo econométrico es un modelo estadístico o matemático que representa la relación entre dos o más variables. Su utilización permite hacer estimaciones acerca del efecto de una variable sobre otra y/o hacer predicciones acerca del valor futuro de las variables. (P.N Roldan, 2018)

las políticas públicas (intersectoriales, e integrales) y los programas de política pública de salud sexual y reproductiva.

2.7.2 Objetivos específicos

- Analizar la variación de la tasa del embarazo adolescente entre un grupo de países de América Latina y en el Caribe que tienen diferentes estrategias.
- Analizar los componentes de las políticas públicas diseñadas para la atención del problema en los países y los mecanismos gubernamentales que los lleva a cabo.
- Analizar la composición de los programas de política pública de salud sexual y reproductiva implementadas para la atención del problema incluso
- Comprender la relación entre la disminución de la tasa del embarazo adolescente y esas estrategias

2.8 Metodología

Para llegar al objetivo principal de esta investigación, la metodología utilizada es un análisis mixto es decir en dos partes que permitirá hacer un estudio comparado de casos de los países que tienen diseñada una política pública (intersectorial e integral) y otros países donde han implementados programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) considerando la dimensión salud pública del problema.

En la primera parte se considera un análisis documental de los informes oficiales de las encuestas nacionales realizados en cada uno de los países. En el análisis documental, se pone el énfasis sobre los resultados obtenidos dentro del marco de la salud sexual y reproductiva a lo largo del periodo considerado, para esta investigación de 1999 hasta 2019. La segunda parte se llevará a cabo por un análisis empírico para comprobar la hipótesis de que los programas de salud sexual y reproductiva tienen una influencia en la variación de la tasa global de fecundidad en adolescentes. Para eso se usará un conjunto de indicadores que se usan para medir resultados dentro de la salud sexual y reproductiva para establecer esta correlación.

En un primer lado, se considera temas como la salud materna de manera general de todas las mujeres, también la salud sexual y reproductiva juega un papel muy importante en este caso. Del otro lado se considera la salud de los adolescentes, jóvenes y el tema de la educación sexual en sus vidas que en unos casos presenta un gran desafío por razones culturales o sociales. Y por fin se considera la planificación familiar es decir el conocimiento general de las personas sobre el uso de los métodos anticonceptivos y el acceso que tienen a ellos. Se determinará los indicadores de seguimiento de resultados para la evaluación de ambas estrategias (políticas públicas intersectoriales y programas de salud sexual y reproductiva).

2.8.1 Selección de los casos de estudio

La adolescencia es un tema muy debatido en la literatura en el abordaje teórico en torno a su definición, y de su categorización especialmente como objeto de estudio (Díaz, 2014). Sigue siendo un gran reto la limitación de la adolescencia es decir su inicio y su finalización lo que lleva a grandes controversias y ambigüedades en la diferenciación del adolescente y del joven (Bruno, 2000). Según este último se puede entender esa ambigüedad desde la divergencia entre los discursos políticos y académicos es decir la pubertad como proceso fisiológico, la adolescencia como cuestionamiento psicológico, y la juventud como fenómeno sociológico (Díaz, 2014). De esas consideraciones viene la diferencia que se observa entre el mismo tema.

La adolescencia se ve considerada como fuente de crisis y conflictos identitarios dado que se considera como una fase de reorganización de personalidad resultado de la maduración sexual en otro contexto aparece como periodo problemático de cuestionamiento propio. En otra perspectiva, la juventud se enmarca a un nivel más profundo de cultura socio colectiva desde la pertenencia a distintos grupos sociales, al idealismo y la participación cultural (Díaz, 2014).

La OMS define la adolescencia como la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Sin embargo, para estudios sobre este grupo específico se considera en las bases de datos internacionales el grupo etario entre 15 y 19 años (OPS/OMS, Banco Mundial) así que en este trabajo se considera esta misma escala universal.

2.8.2 Análisis documental

El análisis documental se basa en los informes oficiales de las encuestas nacionales de cada país considerando indicadores claves para el seguimiento de ambas de las estrategias. Para el diseño de este análisis comparado, este trabajo cuenta con 4 niveles (estrategias, actores, periodo y resultados) (*Tabla 5*). Se considera una muestra de países desde distintos criterios, estrategia empleada considerando un periodo de tiempo definido, los distintos actores claves involucrados en el desarrollo de dichas estrategias y finalmente los resultados obtenidos. Así que se les categoriza en dos grupos: Bolivia, México, Perú y Haití, Honduras Nicaragua.

Las estrategias representan las dos dimensiones centrales del trabajo es decir primero las políticas públicas intersectoriales e integrales y segundo los programas de política pública de salud sexual y reproductiva. Según la literatura las políticas públicas son de las mejores herramientas para resolver los problemas de orden públicos, y los programas de política pública son instrumentos de políticas públicas a través de las cuales se obtiene ciertos resultados frente a un problema. Los actores son todas las instituciones nacionales, internacionales que están involucrados en la definición, y proceso de resolución del problema, empezando por los organismos internacionales hasta los gobiernos a través de sus instituciones públicos y de la sociedad civil. Los resultados se obtendrán a partir de los informes oficiales de encuestas nacionales realizadas en los diferentes países tomando en cuenta los componentes de las políticas públicas y los factores principales de la salud sexual y reproductiva. El periodo de tiempo considerado es de 1999 hasta 2019, periodo dentro se encuentra implementado las estrategias en los países seleccionados, un periodo bastante largo que permitirá destacar los resultados es decir la medición del impacto de las políticas y los programas que han sido implementados a lo largo del periodo.

En las tablas 6 y 7, se presentan las estrategias por cada grupo de países, los factores o elementos de la salud sexual y reproductiva que está tomada en cuenta así que las encuestas donde se van a buscar los resultados durante el periodo de tiempo definido.

Tabla 5 - Cuadro recapitulativo de metodología 1

Grupo	Países	Estrategias	Actores	Resultados	Periodo
Grupo 1	Bolivia	Políticas públicas intersectoriales	Gobiernos, autoridades de salud, educación, bienestar social, justicia...	Informes oficiales de encuestas nacionales	1999 - 2019
	México				
	Perú				
Grupo 2	Haití	Programas de SSR	Gobiernos, autoridades de salud, educación, bienestar social, justicia...	Informes oficiales de encuestas nacionales	1999 - 2019
	Honduras				
	Nicaragua				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6 - Cuadro recapitulativo de metodología 2

Grupo 1	Factores de SSR	Encuestas
Bolivia Plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva (2009) PPPEAJ (2015 - 2020)	Servicios de salud materno infantil, servicios de PF, prevalencia de ETS	Encuesta de Demografía y Salud (ENDSA) 2003, 2008, 2016
México Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente (2007-2012) ENAPEA-2015	Servicios de PF, servicios de salud materno infantil	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2006, 2009, 2014, 2018)
Perú PMPEA (2012-2021)	Servicios de PF, servicios de salud materno- infantil, prevalencia ETS	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2000, 2004-2005, 2007-2008, 2011, 2013, ..., 2019)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7 - Cuadro recapitulativo de metodología 3

Grupo 2	Factores de SSR	Encuestas
Haití - Manual de Normas en Planificación Familiar y Salud Materna (2009)	Servicios de PF, prevalencia de ETS, promoción de la salud sexual, servicios de salud materno infantil	EMMUS (2000, 2005-2006, 2012, 2016-2017)
Honduras - Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH-2012) - Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2016)	Servicios de PF, servicios de salud materno infantil, prevalencia de ETS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2005-2006, 2011-2012, 2019)
Nicaragua Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud (PNDIJ)	Servicios de PF, servicios de salud materno infantil	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (2001, 2011-2012)

Fuente: Elaboración propia

2.8.3 Análisis empírico

En esta segunda parte de la investigación se emplea un análisis empírico que busca identificar la correlación entre la implementación de los programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR); la variable independiente, con la disminución de la tasa del embarazo adolescente; la variable dependiente en esos países, utilizando la base de datos de la Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud. Para analizar esa correlación, se van a considerar un conjunto indicador claves de la salud sexual y reproductiva a lo largo del periodo definido en esta investigación a través de los cuales se puede medir el impacto de la implementación de dichos programas: planificación familiar, legalización/despenalización de abortos, conocimiento/uso de los métodos anticonceptivos.

En un primer punto, se considera temas como la salud materna de manera general de todas las mujeres, también la salud sexual y reproductiva juega un papel muy importante en este caso. Como

siguiente punto se considera la salud de los adolescentes, jóvenes y el tema de la educación sexual en sus vidas que en unos casos presenta un gran desafío por razones culturales o sociales. Y por fin se considera la planificación familiar es decir el conocimiento general de las personas sobre el uso de los métodos anticonceptivos y el acceso que tienen a ellos. Se determinarán los indicadores de seguimiento de resultados para la evaluación de ambas estrategias (políticas públicas y programas de política pública).

Variable dependiente: Tasa de fecundidad en adolescentes

Variables independientes: Programas de Salud Sexual y Reproductiva

2.8.4 Selección de indicadores de seguimiento de resultados de los programas de SSR

1. **Demanda insatisfecha de planificación familiar %:** Número de mujeres 15-49 años, en edad reproductiva y sexualmente activas, que no están usando un método moderno anticonceptivo alguno que desean limitar o espaciar sus familias expresado como porcentaje de total de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión.
2. **Despenalización/legalización del aborto (Bolivia** aborto penalizada por el Código Penal excepto casos específicos, **México** aborto despenalizada en unos estados desde 2007, **Perú** aborto ilegal salvo en caso de amenaza a la vida o salud de la mujer, **Haití, Honduras y Nicaragua** aborto legalmente prohibido)
3. **Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos:** Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), casadas o en unión, que usan (o sus parejas) un método anticonceptivo moderno, en un punto de tiempo específico, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Métodos anticonceptivos modernos incluyen esterilización masculina y femenina, anticonceptivos hormonales oral, inyectable, transdérmica e implante, dispositivos intrauterinos, diafragmas, condones masculinos y femeninos y anticonceptivo de emergencia.

2.8.5 Método de análisis

Considerando los datos de los indicadores seleccionados en la base de datos de la OPS/OMS, se obtiene una estructura de panel considerando los 6 países sobre los 21 años de observaciones. Una

primera etapa consiste en analizar la heterogeneidad entre los países y entre los años de observaciones para poder encontrar el modelo más adecuado para el este tipo de datos.

Se van a comparar los resultados de los indicadores con la evolución de la tasa del EA de manera global registrada en la base de datos del Banco Mundial y de la OPS/OMS. De esa manera se podría destacar y alinear las actividades que han sido implementado respectivamente en cada país y en función de las dimensiones y de los temas cubiertos para una mejor visualización de las relaciones directas o indirectas entre variación de la tasa y esos resultados durante el periodo considerado.

2.8.6 Operacionalización

Tabla 8 - Operacionalización de las variables

Variables	Conceptos	Observables	Fuentes
Dependiente	Embarazo en adolescentes	Tasa de fecundidad en adolescentes: Cantidad de nacimientos de madres adolescentes de 15 a 19 años por cada 1000.	Base de datos OPS/OMS
Independiente	Programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	Demanda insatisfecha de planificación familiar %: Cantidad de mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas que no están usando un método anticonceptivo	
		Despenalización/legalización del aborto: estatus del aborto en cualquier país (prohibido o despenalizado bajo ciertas condiciones)	
		Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos: Cantidad de mujeres en edad reproductiva o fértil que usan algún método anticonceptivo moderno	

Fuente: Elaboración propia

2.9 Conceptos claves

Hay una serie de términos que son muy recurrente y comúnmente utilizados a lo largo del desarrollo de esta investigación para tratar el tema del embarazo en adolescentes, de las estrategias para su resolución y unos conceptos para la medición del impacto de dichas estrategias que son necesarios aclarar. Entre los más relevantes aparecen política pública, salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Política Pública: la política pública es el campo multidisciplinario científico-técnico que estudia los problemas públicos con la pretensión específica de dilucidar las mejores maneras de resolverlos, mitigarlos o erradicarlos, desde el punto de vista del interés público en la maximización (bajo restricciones) del bienestar social (Bazúa, 2010).

Salud Sexual y Reproductiva: la salud sexual y reproductiva según la CIPD se traduce por un estado general de bienestar físico, mental y social, y no necesariamente la ausencia de enfermedades sino la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir de hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

Embarazo en adolescentes: el embarazo en adolescentes según la OMS es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente es decir entre 10 y 19 años.

Planificación familiar: la planificación familiar es uno de los componentes de la salud sexual y reproductiva y según la OMS, la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios.

Métodos anticonceptivos: los métodos anticonceptivos son sustancias, objetos o procedimientos que permitan evitar un embarazo. Permiten tener el control de la natalidad, ayudando a las parejas a decidir si desean o no tener hijos hasta el momento en que estén preparadas para ello. Los métodos anticonceptivos modernos incluyen: esterilización femenina, esterilización masculina, píldora anticonceptiva, Dispositivo Intrauterino (DIU), inyecciones anticonceptivas, implantes

subdérmicos anticonceptivos, condón masculino y femenino, diafragma, espuma o jalea, método de la lactancia y amenorrea (MELA) y anticoncepción de emergencia.

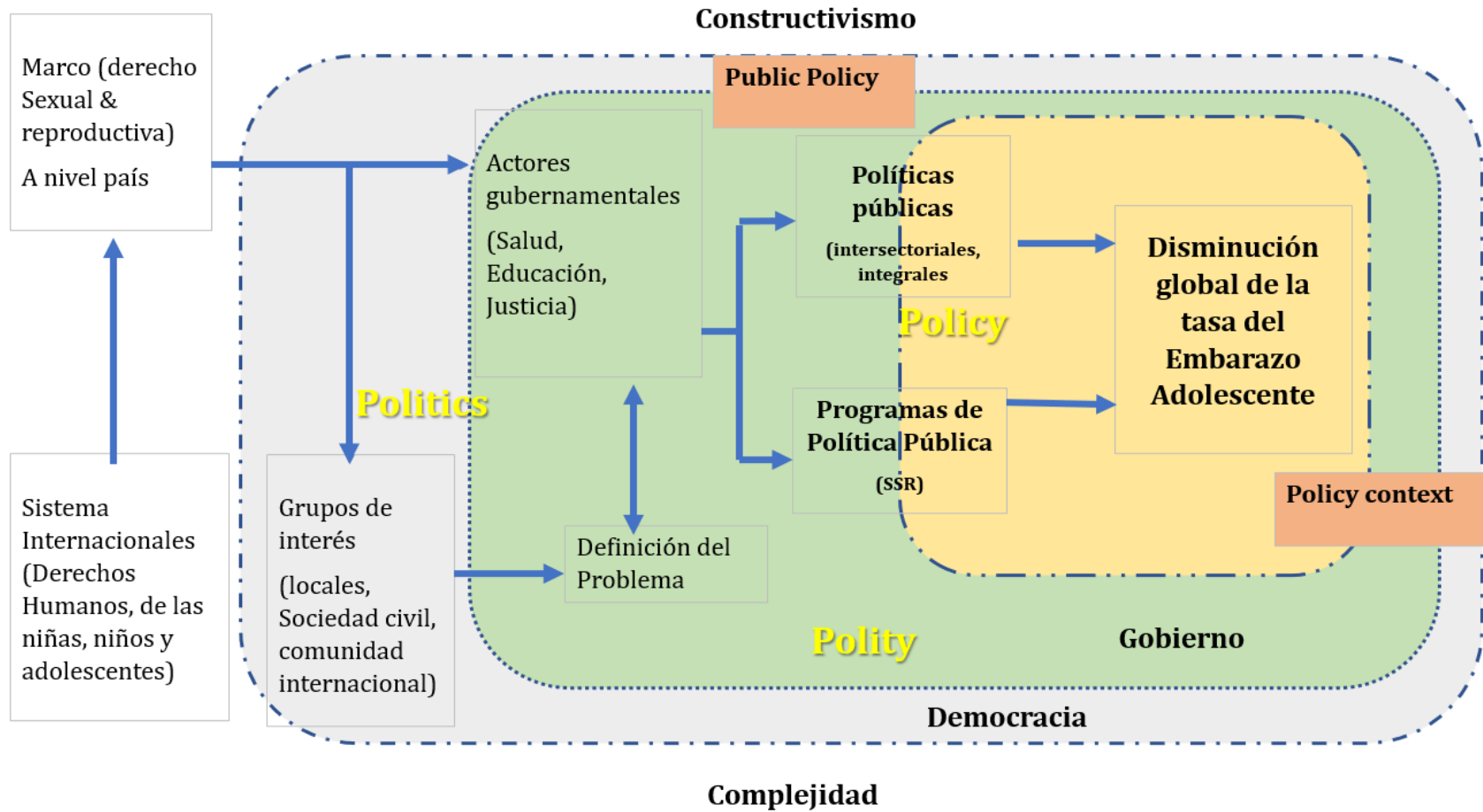
2.10 Marco analítico

En América Latina y el Caribe los adolescentes juegan un papel importante en la sociedad ya que forman alrededor del 30 % de la población. Se estima que un poco más del 20 % de los partos en la región corresponde a mujeres menores de 20 años y que el 40 % de los embarazos no fue planificado. De este fenómeno nace la emergencia de encontrar soluciones sostenibles, eficientes por parte de las autoridades sea internacionales o nacionales. Los sistemas internacionales y de Derechos Humanos, de derechos de los niños, las niñas y adolescente de manera general reconocen el derecho a la vida de las personas independientemente de su género, origen étnico o social. De igual forma consideran las distintas dimensiones donde se impacta el problema es decir educación, social, salud, económico, justicia, institucional, entre otras ya que un embarazo en la adolescencia afecta de diversa manera la vida. (Noguera, N., & Alvarado, H., 2012) (Avellaneda, A. C. O., & Torres, L. M. 2019), (Gómez-Mercado, C. A., & Montoya-Vélez, L. P. 2014). De igual manera se impacta también en el acceso y ejercicio de diversos derechos humanos notablemente los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia (Climent, G. I. 2009).

En este sentido este trabajo se va construyendo desde la perspectiva constructivista (Berger y Luckmann, 1975) que considera que la realidad es una construcción social, considerando un entorno donde cada país tratan de acercarse del problema de distintas maneras y desde el paradigma de la complejidad de los problemas públicos (*wicked problems*) (Del Castillo, 2014). Esos sistemas internacionales regulan el marco de derechos (sexuales y reproductivas, social) de las personas y considerando varios aspectos y dimensiones con respecto al contexto de cada país. Entonces para solucionar el problema los distintos actores gubernamentales tratan de definir primero el problema público con el apoyo de diversos grupos de interés y actores locales, gubernamentales e internacionales que son presentes en el sistema democrático de cada país y luego entran en un proceso de diseño de estrategias sea de políticas públicas (*public policy*) y programas de política pública dirigidas al bienestar público y dependientemente del contexto de los países (*policy context*). Esas estrategias sean políticas públicas integrales, intersectoriales o programas de SSR tienen como propósito de influir sobre el problema para mejorar la situación y las posibilidades de mejorar las estrategias.

Este esquema analítico (*gráfica 4*) traduce el proceso bajo el cual se establecen las estrategias de los gobiernos desde los distintos actores a diferentes niveles. Este proceso va desde el marco normativo universal internacional, por la definición del problema y al final la decisión de las estrategias y su objetivo final, lograr disminuir de manera global la tasa del embarazo en adolescentes a través de la fecundidad en adolescentes.

Gráfica 4 - Esquema Analítico



Fuente: Elaboración propia

CAPITULO 3 – HALLAZGOS (PRIMERA PARTE)

En este capítulo se presenta los resultados del análisis documental y empírico que se ha encontrado a lo largo de esta investigación. En la primera parte se hace un análisis de las diferentes estrategias implementadas por cada país en termino de líneas estratégicas, pilares y componentes para las políticas públicas y las líneas de acciones dentro de los programas de salud sexual y reproductivas. En la segunda parte se presenta el modelo de análisis econométrico con datos de panel y los resultados obtenidos de la correlación entre la variación de la tasa global de fecundidad en adolescentes y los indicadores de medición de resultados de los programas de salud sexual y reproductiva.

3.1 Análisis Documental

Se ha encontrado unos datos muy relevantes para esta investigación en los documentos de políticas de los países del primer grupo:

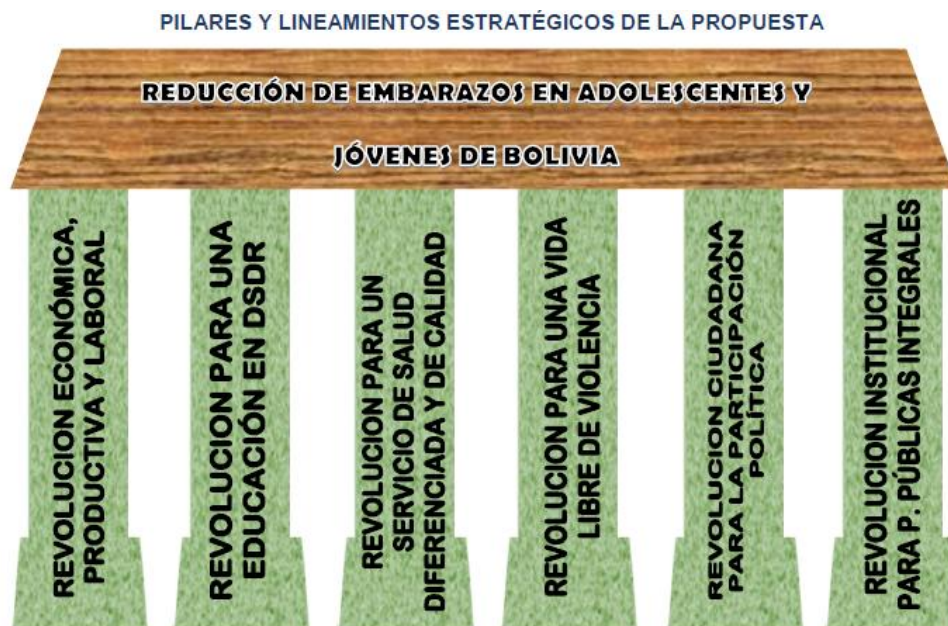
El Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (2015 - 2020) PPPEAJ de Bolivia tiene 6 pilares y lineamientos estratégicos principales. Es un plan integral que asume lineamientos estratégicos en educación, salud, trabajo, violencia, participación política y fortalecimiento institucional, en su relación con la prevención de embarazos en adolescentes al favorecer el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes vulnerables; intersectorial porque involucra a distintos Ministerios de Estado y organizaciones de adolescente y jóvenes y ciudadanía en general; multinivel porque trabaja concurrentemente con las Entidades Territoriales Autónomas (ETAs).

El plan expone 6 revoluciones o pilares, en primer lugar es la revolución económica para apoyar a madres y padres adolescentes que muchas veces por problemas económicas pierden de vista sus proyecciones profesionales; revolución educativa que se enfoca en el plan de vida que permita a los adolescentes y jóvenes tomar mejores decisiones, constituir programas educativos para que en la etapa escolar reciban información sistemática sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y donde puedan recibir información y absolver sus dudas sobre la sexualidad; revolución en la salud para que los adolescentes y jóvenes se sientan en confianza para acudir a los Centros de Salud y tengan atención integral y diferenciada para que conozcan sus derechos, realizar pruebas de manera periódica y así contribuir a la prevención de embarazos no planeados,

infecciones de transmisión sexual, violencia u otro tipo de vulneración de sus derechos; revolución para una vida libre de violencia porque muchas veces se producen en este contexto muchos embarazos precoces y además se vulnera sistemáticamente los derechos humanos, sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes; revolución ciudadanía para mejorar la participación política y la formación de la mujer en el ejercicio de sus derechos, además de generar espacios de participación de padres y madres de familia y, finalmente, revolución institucional para mejorar los servicios orientados a adolescentes y jóvenes, mejor educación, mejor salud y mayor justicia.

Bolivia suscribió importantes convenios internacionales favorables a la salud de la población, en este contexto, se ha diseñado el plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva en 2009 para realizar esfuerzos para mejorar la salud sexual y salud reproductiva de la población en las diferentes etapas del ciclo de la vida, mediante la atención a la infancia y la niñez; la atención a la mujer durante el embarazo, parto, postparto; la atención al recién nacido; el incremento de conocimientos servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes; el mejoramiento de la orientación; oferta de información a servicios de anticoncepción y de las enfermedades de transmisión sexual, considerando que estos componentes son elementos centrales para el desarrollo humano. De igual manera en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, se nota que la presencia del acceso a los servicios de salud prenatal y posnatal, aunque no eran de alta calidad, pero hubo esfuerzos.

Gráfica 5 - Lineamientos estratégicos de la PPPEAJ



Fuente: PPPEAJ 2015-2020

El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2012-2021) PMPEA de Perú tiene 12 líneas de acciones estratégicas. Por el carácter orientador del plan, por su alcance nacional y carácter multisectorial se describen las líneas estratégicas y actividades concretas, así como propuestas de colaboración técnica, las cuales están basadas en las evidencias y buenas prácticas reconocidas a nivel global y aplicable a la realidad nacional. Su objetivo general es de reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes con una meta de reducción en 20%. Este objetivo general se vincula con los siguientes objetivos específicos: postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia con una reducción en 20%; incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria con una meta de incrementación en 30% del porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la educación secundaria; asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral (ESI) en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las Regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI; incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os mayores de 18 años y en adolescentes que son madres con una meta de incrementación en 50% del uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as; y disminuir los

diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual con una meta de disminución en un 30% la prevalencia de violencia.

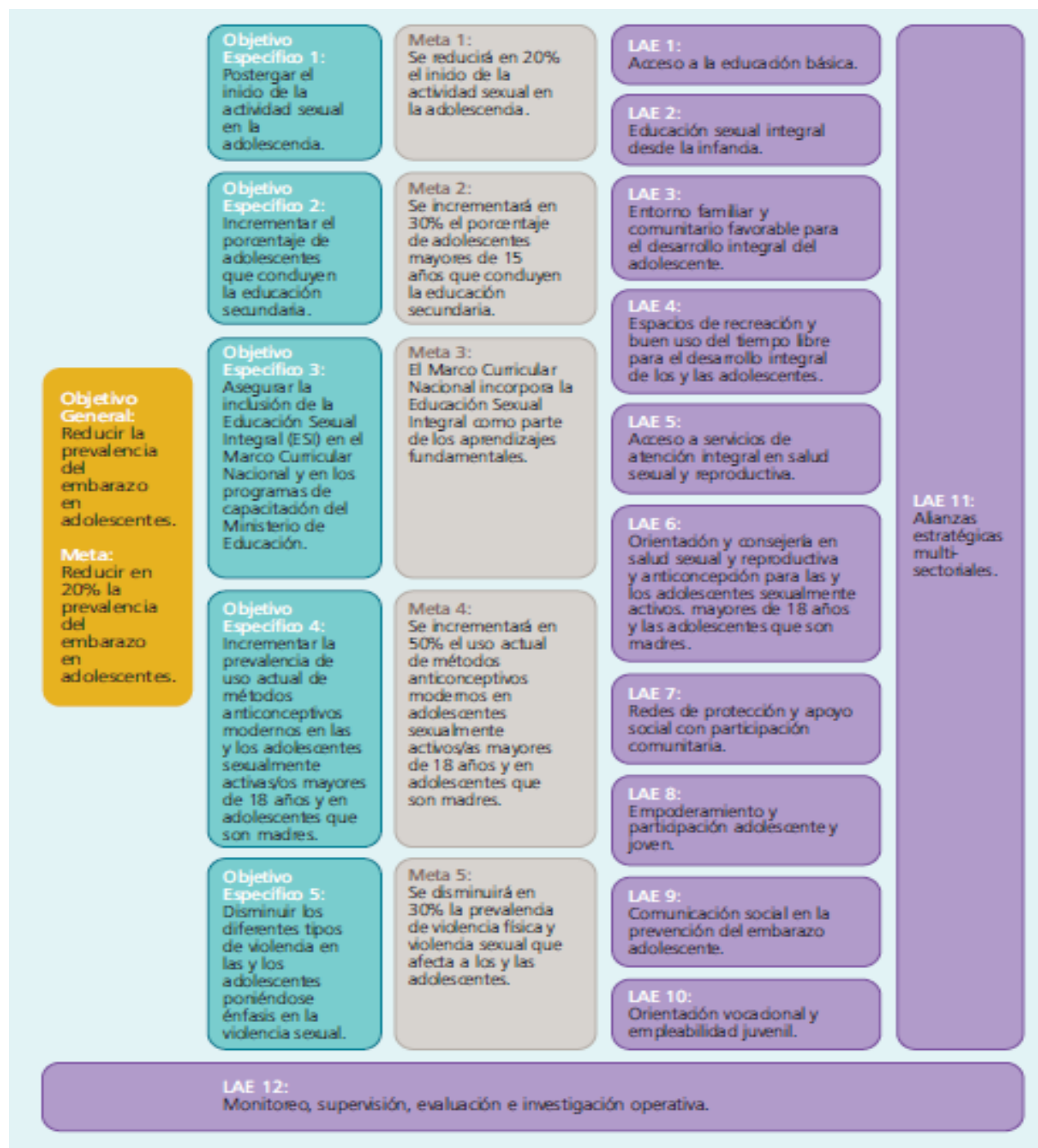
Las líneas de acciones estratégicas presentadas en el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2012-2021) PMPEA son:

1. Acceso a la educación básica;
2. Educación sexual integral desde la infancia;
3. Entorno familiar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente;
4. Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los y las adolescentes;
5. Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR⁶);
6. Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para las y los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y las adolescentes que son madres;
7. Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria;
8. Empoderamiento y participación adolescente y joven;
9. Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente;
10. Orientación vocacional y empleabilidad juvenil;
11. Alianzas estratégicas multisectoriales;
12. Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2000 en el Perú, unos factores de la salud sexual y reproductiva ya estuvieron en proceso de implementación en el país en termino de planificación familiar, conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos entre la población parecía de gran importancia para el gobierno. Además, la salud materno- infantil, aunque no era muy desarrollada, presentaba aspectos de atención prenatal y postnatal a las mujeres. Otra prioridad del gobierno era la lucha en las enfermedades de transmisión sexual que ya estaba en proceso de implementación, pero con resultados muy poco satisfactorios.

⁶ Abreviación para Salud Sexual y Reproductiva. Según la OMS, la SSR consiste en el bienestar, (no necesariamente en la ausencia de enfermedad).

Gráfica 6 - Lineamientos estratégicos de la PMPEA



Fuente: PMPEA 2012-2021

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA-2015) es la respuesta del gobierno de México al desafío de lograr disminuir la incidencia del problema

considerando un marco de respecto a los derechos humanos, la garantía del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y a la normatividad nacional como internacional. Se ha diseñado esta estrategia vinculando las acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales. Como objetivos específicos, se plantea la promoción del desarrollo humano y las oportunidades de las y los adolescentes; la creación de un entorno que favorezca decisiones libres y acertadas sobre el proyecto de vida y el ejercicio de la sexualidad; la incrementación de la oferta y la calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva así que una educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos.

La ENAPEA tiene 6 componentes principales donde se encuentra 19 líneas de acciones, con actores involucrados y encargados de responsabilidades desde una perspectiva transversal e intersectorial. En primer lugar, es la educación inclusiva integral y flexible es decir oportunidades educativas para niñas y niños adolescentes ampliadas en todos los niveles educativos de gestión pública con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural, contribuyendo al desarrollo progresivo y de bienestar. Luego la educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva otorgada desde la infancia favoreciendo la adquisición gradual, desarrollo y uso de información y conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y derechos humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

En tercer lugar, son las oportunidades laborales apropiada para la edad y acordes a las capacidades es decir oportunidades laborales de las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México, ampliadas que les permitan un ingreso suficiente para vida sin carencias, asegurando que concluyan la educación obligatoria y buscando sinergias similares y participación social. Luego se encuentra el entorno habilitante, legal, social y regulatorio bajo un esquema de participación social que favorezca las decisiones libres e informadas de niñas, niños y adolescentes, y se reconozca su autonomía y capacidades evolutivas respecto al ejercicio de su sexualidad de manera libre y placentera y la toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva.

Los servicios de salud amigables, resolutivos, inclusivos y versátiles es decir de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de la población de 10 a 19 años en termino de participación social y de acceso a

métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad. En último lugar, la detección temprana y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes donde se desarrollan acciones para la identificación temprana de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes y se implementan servicios para su atención oportuna e integral.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997 de México enseña que desde los años 90's se implementaba acciones en salud sexual y reproductiva en términos de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y de salud materno infantil. Una gran proporción de la población mexicana ya tenía conocimiento de los métodos anticonceptivos sin embargo no se notó gran incrementación entre 1992 y 1997. La gran mayoría de las mujeres mexicanas han obtenido el apoyo necesario en termino de acceso a los servicios prenatal y posnatal desde esos años lo que ayudo a disminuir el nombre de la mortalidad materna e infantil y aumentar el número de hijos nacidos vivos.

Haití, Honduras y Nicaragua, por sus partes, han implementados programas específicos relativo a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de manera general. Esos países, a pesar de la alta tasa del embarazo adolescente, tienen un alto índice de mortalidad materna, un limitado acceso a métodos de planificación familiar, limitado acceso a educación en SSR en población adolescente etc. Por eso el componente de la SSR es uno de los más importantes en sus luchas para mejorar las condiciones de vidas de sus poblaciones respectivas.

En Haití, se ha diseñado el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PSNSRR) cuyo objetivo es de mejorar la salud sexual y reproductiva con respecto a los derechos de las mujeres, de los jóvenes y adolescentes. Entre otro, tiende a desarrollar en el sistema de cuidados estructuras "*Amis de l'Adolescent et du jeune Adulte*" en todos los departamentos del país a fin de reducir la prevalencia de la infección al VIH entre los jóvenes, la reducción de la tasa de embarazo a edad temprana entre adolescentes y aumentar la prevalencia de la contracepción entre los adolescentes y los jóvenes.

Sin embargo, desde los años 90's, la salud sexual y reproductiva ha sido un componente muy importante para el gobierno haitiano, la encuesta EMMUS de 2000 realizada en el país, identifica unos de los factores de la SSR en proceso de implementación en el país. Los servicios de planificación familiar eran disponibles en el país desde más de un cuarto siglo al contrario de

muchos países en el Sur, aunque no eran de muy alta calidad; la lucha en contra de las enfermedades de transmisión sexual, la promoción de la salud sexual, la salud de la madre y del producto en gestación o recién nacido hacia parte de las prioridades del ministerio de la salud pública en Haití. El porcentaje de hombres y mujeres que tuvieron conocimiento y usaron de los métodos anticonceptivos incrementó de manera muy importante en comparación a los 5 últimos años es decir 1994-1995. Los servicios pre y posnatal siempre han ocupado una gran importancia en la agenda del ministerio, aunque esos servicios no eran de alta calidad.

En Honduras se ha diseñado la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Honduras (ENAPREAH-2012) que es un excelente caso para esta investigación. La ENAPREAH se considera como política pública, sin embargo, es una estrategia que se enfoca sobre la dimensión salud pública del problema del embarazo en adolescentes tal como definido en su marco legal. La ENAPREAH tiene 6 líneas estratégicas de acciones que son: 1) Intervenciones basadas en la familia, comunidad y sector educativo para prevenir la ocurrencia del primer embarazo; 2) Provisión de servicios de salud de calidad e integrales para adolescentes a nivel ambulatorio y hospitalario dirigidas a la prevención del primer y subsiguientes embarazos; 3) Desarrollo de las competencias de los recursos humanos para responder a las necesidades en salud de la población adolescentes; 4) Generación de información estratégica; 5) Alianzas estratégicas; 6) Instancias de coordinación.

Gráfica 7 - Líneas estratégicas de la ENAPREAH



Fuente: ENAPREAH - 2012

También se ha diseñado la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR 2016) de tal manera que el individuo se desarrolle al máximo sin tener que depender de otras personas o instancias y que los derechos sexuales y reproductivos basados en la autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su vida, cuerpo, sexualidad, reproducción, salud y bienestar, Incluyendo el derecho a tener relaciones sexuales, sin violencia ni bajo presión; a tener hijos cuando lo desea y a expresar la sexualidad, se constituyen en una herramienta fundamental para lograr esos objetivos. La SSR se concibe como el estado general de bienestar físico, mental y social de la población en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Incorpora el marco ético de los derechos humanos y a su vez, los derechos sexuales y reproductivos como derechos fundamentales de todas las personas, sin exclusión alguna.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar / Encuesta Nacional de Salud Masculina 2001 en Honduras, la salud sexual y reproductiva no era muy bien desarrollado en el país sin embargo se notó la presencia de unos factores importantes en las prioridades del gobierno en termino de planificación familiar es decir conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos donde hubo una gran incrementación en comparación a encuestas previas. La atención de a la mujer y al niño estuvieron en proceso en termino de control prenatal, atención de parto y control de recién nacido. Además, el factor de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual ha sido investigado entre las prioridades del gobierno hondureño, aunque no hubo resultados en concreto en termino de prevención.

En Nicaragua se ha diseñado la Política Nacional para el desarrollo integral de la Juventud Nicaragüense, que tiene como objetivo de crear las oportunidades y condiciones requeridas por los hombres y mujeres jóvenes de Nicaragua para integrarlos como sujetos de derecho y activos participantes en la vida económica, social, cultural y política de la sociedad. Uno de sus componentes principales es la Salud Integral con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) dirigida a la prevención de causas prioritarias de morbimortalidad, la SSR para la juventud que promueve comportamientos sexuales saludables en los y las jóvenes, incorporando en la atención de la salud el enfoque integrado de Salud Sexual y Reproductiva, basado en los derechos humanos y la equidad de género, de tal manera que fomente la utilización de los servicios y responda a las necesidades de la población joven nicaragüense como de servicio de apoyo integral al acceso y la utilización de servicios de apoyo legal y atención integral humanizada a hombres y mujeres jóvenes en lo que respecta a violencia intrafamiliar y sexual.

Según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 2001, se nota la presencia de unos factores la salud sexual y reproductiva, en termino de planificación familiar, el conocimiento y uso de método anticonceptivos era muy elevados entre las mujeres donde se notó una incrementación significativa en comparación a previas encuestas. En termino de salud materno-infantil, existía un nivel bajo y una gran disparidad en la cobertura del control prenatal.

Según los datos de mujeres actualmente en unión que conocen algún método y que conocen por lo menos un método moderno del Ministerio de Salud de Bolivia desde las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (EDSA) de 2003, 2008, 2016 se encuentra que más de 90% de las mujeres bolivianas conocieron algún método anticonceptivo incluso alguno método moderno de

anticoncepción. Sin embargo, a pesar de esa alta tasa de conocimiento de los métodos entre las mujeres su uso se quedó a la baja. En 2003, 39.3% utilizaban cualquier método, 23.7 de métodos modernos y 60.7% de las mujeres entrevistadas afirmaron no utilizar ningún método anticonceptivo. Cinco años después, en 2008, un poco más de 41.3% utilizaban cualquier método, 24% utilizaban cualquier método moderno. Trece años después, en 2016, 46.3% de las mujeres utilizaban cualquier método, 32.4% cualquier método moderno y en total 53.7% de las mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo. Se puede notar que entre esos 13 años la variación fue muy baja en Bolivia, aunque la tasa global de fecundidad ha disminuido pasando de 3.8 en 2003 a 3.5 en 2008 a 2.9 en 2016 cabe señalar que la política de prevención del embarazo adolescente ha sido diseñada en 2015.

Gráfica 8 - Bolivia – Porcentaje de mujeres y hombres que conoce algún método anticonceptivo

BOLIVIA: PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES ACTUALMENTE EN UNIÓN QUE CONOCE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y QUE CONOCE POR LO MENOS UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO MODERNO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2016

CARACTERÍSTICA	MUJER		NÚMERO DE MUJERES	HOMBRE		NÚMERO DE HOMBRES
	Conoce algún método	Conoce algún método moderno ¹		Conoce algún método	Conoce algún método moderno ¹	
Edad						
15-19	93,3	91,5	248	100,0	100,0	26
20-24	97,1	95,8	865	97,3	97,2	192
25-29	98,0	96,4	1.232	97,3	96,2	352
30-34	98,2	96,3	1.321	98,0	96,3	476
35-39	97,1	94,9	1.346	97,1	94,7	460
40-44	95,8	92,3	1.046	94,1	92,3	355
45-49	89,9	85,3	864	92,1	87,5	368
EDSA 2016 (15-49)	96,2	93,8	6.921	96,0	94,0	2.229
ENDSA 2008 (15-49)	96,9	95,4	10.162	97,7	95,0	2.897

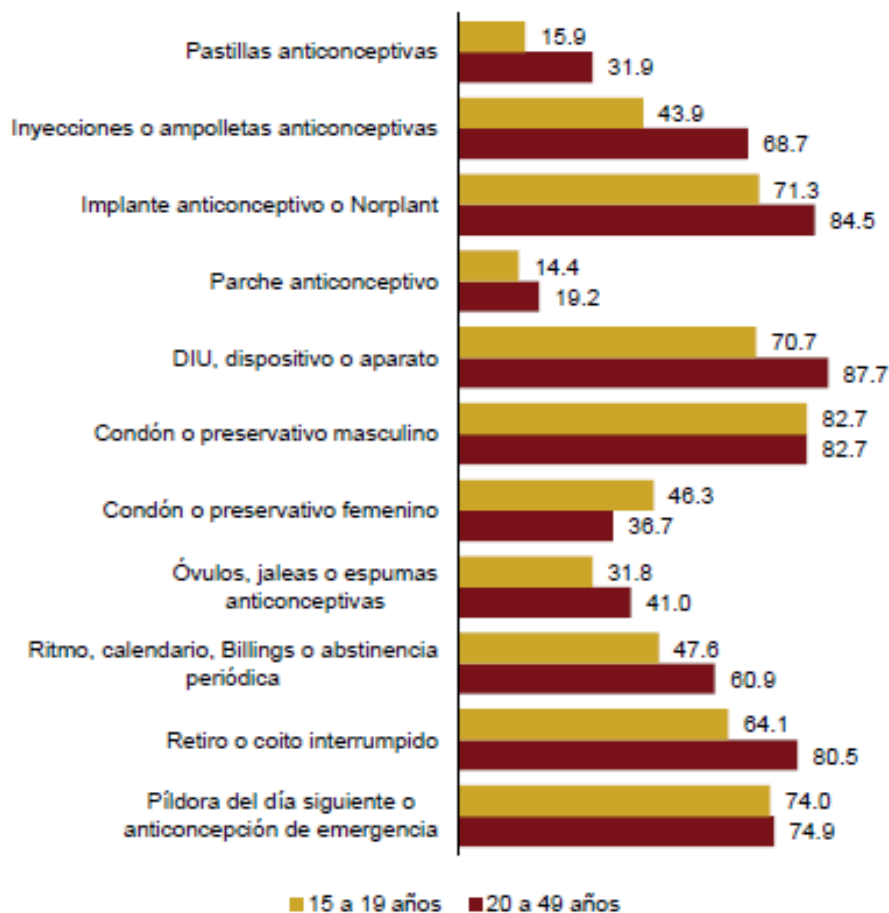
Fuente: Instituto Nacional de Estadística INE - ENDSA 2016

Al considerar los rangos de edad presentadas en las ENDSA, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al conocimiento de método anticonceptivos (MAC) que incluyen: esterilización femenina, esterilización masculina, píldora anticonceptiva, Dispositivo Intrauterino (DIU), inyecciones anticonceptivas, implantes subdérmicos anticonceptivos, condón masculino y femenino, diafragma, espuma o jalea, método amenorrea por lactancia (MELA) y anticoncepción de emergencia. Además, el porcentaje de conocimiento de MAC modernos

aumenta con el nivel educativo de tal manera que todos los hombres y casi todas las mujeres con educación superior lo conocían.

En México, la tasa global de fecundidad (TGF) ha mostrado un descenso ininterrumpido desde inicios de la década de 1960 cuando las mujeres tenían en promedio 7 hijos. Entre la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, 2014, 2018 (ENADID), también se observa esta tendencia, al disminuir de 2.3, 2.21 a 2.07 hijos por mujer. En 2009, la distribución por condición de uso muestra que del total de mujeres de 15 a 49 años la mitad (49.9%) son usuarias al momento de la entrevista, 14% declararon haber utilizado métodos alguna vez, pero han suspendido su uso en la actualidad, poco más de la tercera parte (34.1%) indicaron que, aunque los conocen nunca los han utilizado; y por último el porcentaje residual corresponde a las mujeres que nunca los han utilizado y tampoco los conocen. En 2014, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos era mucho más bajo entre los adolescentes de 15 a 19 años que las mujeres de 20 a 49 años.

Gráfica 9 - México - Porcentaje de conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

Para 2018, de las mujeres de 15 a 49 años, 98.6% conocen como mínimo un método anticonceptivo; de ellas, 95.6% conocen el uso correcto de al menos un método, un punto porcentual más que en 2014 (94.4 por ciento). Con respecto al uso, siete de cada 10 mujeres de 15 a 49 años (69.2%) han usado alguna vez un método anticonceptivo. Al momento de la encuesta se identificó que 53.4% de las mujeres en edad fértil usaban algún método anticonceptivo, solo dos puntos porcentuales más que en 2014 (51.6 por ciento). De 2009 a 2018, las mujeres pasaron 34.2% a 29.4% las que no utilizaban ningún método anticonceptivo.

En 2014 en Perú, el 99,7% de las mujeres en edad fértil conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos conocidos por el 99,6% de todas las mujeres entrevistadas. Con respecto al año 2009 aumentó en 0,4 y 0,6 puntos porcentuales

respectivamente. Los resultados muestran que el uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en el país, presentándose un incremento de 3,9 puntos porcentuales, entre el 2009 y 2014, en las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos (75,2% a 79,1% respectivamente). Según tipo de métodos, las mujeres entrevistadas que usaban algún método moderno incrementaron de 66,3% a 72,7% y de 54,1% a 57,0% entre las usuarias de métodos tradicionales en el referido período. Entre las mujeres actualmente unidas, se incrementó el uso alguna vez de métodos anticonceptivos (de 96,5% a 97,7% en el período 2009 y 2014); las usuarias de métodos modernos se incrementan de 85,6% a 89,9%, y las mujeres que usan métodos tradicionales de 69,3% a 71,2% en el mismo período.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 (ENDES 2018), en Perú, más de tres cuartos de mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes) estaban usando algún método anticonceptivo al momento de la Encuesta (76,3%); el 55,0% algún método moderno y el 21,3% alguno tradicional. El uso de métodos anticonceptivos ha ido incrementándose con el paso de los años; según la ENDES 1986, menos de la mitad de mujeres actualmente unidas estaban usando algún método anticonceptivo (45,8%). Proporción que cambió a cerca de dos tercios en 1996 (64,1%), a 68,9% en el 2000 y continuó hacia el incremento con el pasar de los años, alcanzando 76,3% en el 2018.

En Haití, los resultados de la Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de Servicios (EMMUS) 2005-2006 en Haití muestran que, entre las mujeres de 15 a 49 años, el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos es muy elevado, ya que casi todas las mujeres declaran conocer al menos un método anticonceptivo (100%). Además, este nivel es alto independientemente de la categoría de las mujeres. Por lo general, las mujeres conocen 10 métodos. Más de la mitad de las mujeres (52%) ha utilizado alguna vez algún método de planificación familiar; el 43% ha utilizado un método moderno y el 27% un método tradicional. El uso de métodos anticonceptivos en algún momento de la vida varía con la edad: es menos frecuente entre las mujeres de 15 a 19 años (22%) o de 20 a 24 años (53%) que entre las de 15 a 19 años (19%).

En 2012, entre las mujeres unidas de 15 a 49 años, en el momento de la encuesta, el 35% utilizaba un método anticonceptivo, principalmente un método moderno (31%) y el 3% utilizaba un método tradicional. La prevalencia de los anticonceptivos modernos entre las mujeres en pareja ha

aumentó entre 2005-2006 y 2012 del 25% al 31%. Entre las mujeres de 15 a 49 años que viven en pareja, el 35% tiene necesidades insatisfechas de planificación familiar. En 2016, entre las mujeres 15-49 años en unión en el momento de la encuesta, el 34% utilizaba un método anticonceptivo: el 32% utilizaba un método moderno y el 3% un método tradicional. Según esta última encuesta, Casi dos de cada cinco mujeres de entre 15 y 49 años en la unión tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar (38%), por eso, solamente el 44% de la demanda total de planificación familiar entre las mujeres de la unión se satisface con los métodos modernos.

En Honduras, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2005-2006, el conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción es alto, tal como se encontró en la ENESF 2001. El 99 por ciento de las mujeres en edad fértil conocen algún método. Entre las mujeres actualmente casadas/unidas, el 100 por ciento conoce algún método, el 100 por ciento conoce un método moderno y el 84 por ciento conoce algún método tradicional. La totalidad de las mujeres que no están en unión pero que son sexualmente activas declararon conocer algún método.

Se puede apreciar que el 88 por ciento de las mujeres en unión han usado alguna vez (o están usando) métodos anticonceptivos, en comparación con 82 por ciento en 2001. El 65 por ciento de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta, en comparación con 62 por ciento en 2001. En el 2005-2006, el uso de métodos modernos asciende al 54 por ciento y el 9 por ciento a métodos tradicionales (51 y 11 por ciento en 2001, respectivamente). En 2012, el conocimiento de los métodos anticonceptivos siguió siendo casi total, básicamente 100% de las personas entrevistadas. El 73 por ciento de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta. En 2019, se observó que 69 por ciento de mujeres 15 a 49 años actualmente casadas o unidas usan (o su pareja usa) un método anticonceptivo, también se observó que 69 por ciento de mujeres de 15 a 49 años actualmente casadas o unidas tienen una necesidad satisfecha de planificación familiar es decir solo 13 por ciento tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, aunque es mayor entre las más jóvenes (24 por ciento, entre las adolescentes de 15 a 17 años).

En Nicaragua, el alto nivel de conocimiento respecto a la existencia de métodos de planificación familiar 98.5% se ha reflejado en las diversas encuestas realizadas sobre estos tópicos, ESF-93, ENDESA-98 y la ENDESA 2001. El uso de anticoncepción en Nicaragua es relativamente alto,

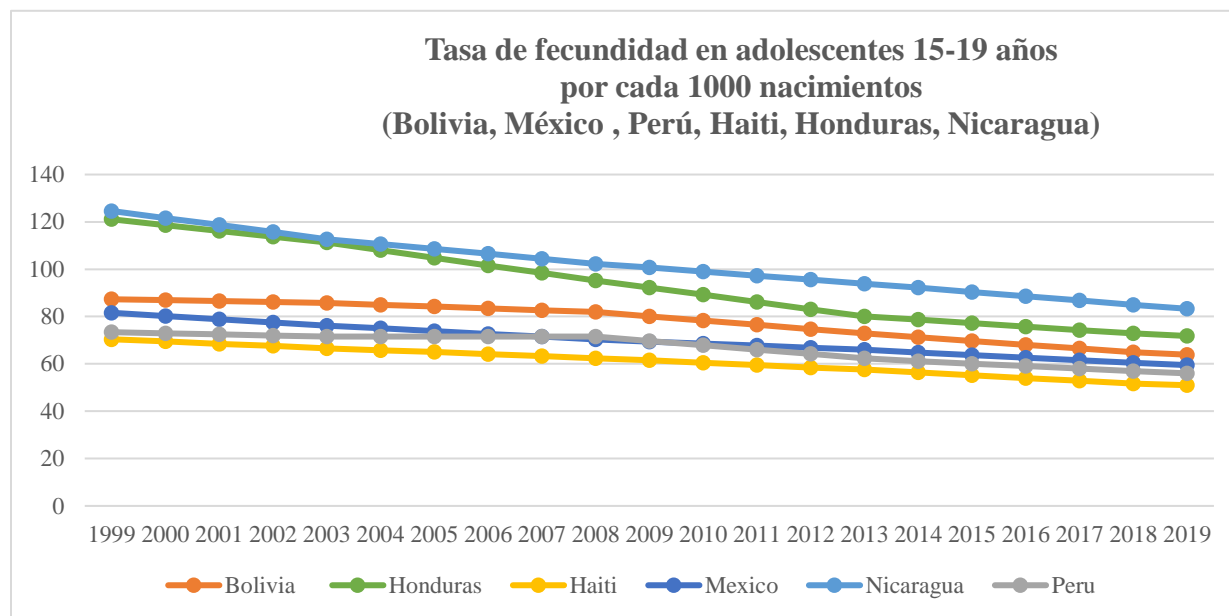
pues el 66 por ciento de todas las mujeres en edad fértil han usado alguna vez en su vida un método de planificación familiar, el 64 por ciento ha usado métodos modernos y el 15 por ciento alguna vez ha usado métodos tradicionales. En menos de 10 años, el uso de métodos se ha incrementado en 20 puntos porcentuales al pasar del 49 por ciento en 1993 al 69 por ciento en 2001.

En la encuesta de 2011-2012, prácticamente todas las mujeres (99.6 por ciento), han oído hablar de alguno de estos métodos y no hay diferencias entre las mujeres actualmente casadas/unidas, las que alguna vez lo estuvieron y las solteras con experiencia sexual. Tres de cuatro mujeres (75 por ciento), reconoce haber utilizado algún método anticonceptivo, un porcentaje similar para el uso de métodos modernos (74 por ciento), mientras que el 18 por ciento alguna vez ha utilizado métodos tradicionales. En las mujeres actualmente unidas un elevado 96 por ciento ha hecho uso alguna vez de un método de planificación familiar, especialmente de métodos modernos, comprendiendo al 96 por ciento de las mujeres en unión conyugal; también tienen presencia los métodos tradicionales, 23 por ciento de las mujeres en algún momento optó por ellos. Comparando con las mujeres en unión se observa que la utilización de cualquier método por las mujeres no unidas, pero sexualmente activas, tiene un valor muy parecido (97 por ciento), es algo más alto el uso de métodos modernos (97 por ciento) y es más elevado el uso, en algún momento, de métodos tradicionales (36 por ciento).

HALLAZGOS (SEGUNDA PARTE)

En esta gráfica, se representa la diferencia en la tasa de fecundidad en adolescentes para el periodo considerado es decir entre 1999 a 2019, y por los dos grupos, pero considerando la base de datos de la OPS/OMS. Se puede notar que aun las diferentes estrategias priorizadas por esos gobiernos, todavía falta muchos esfuerzos para disminuir esta tasa o erradicar el problema y eso sin tomar en consideración la variación que sucedió en esos países durante este periodo. A notar también que Honduras y Nicaragua que tenían tasas bastante altas lograron mayor variación en comparación a los demás países sin tener políticas públicas específicas para atender el problema del embarazo en adolescentes.

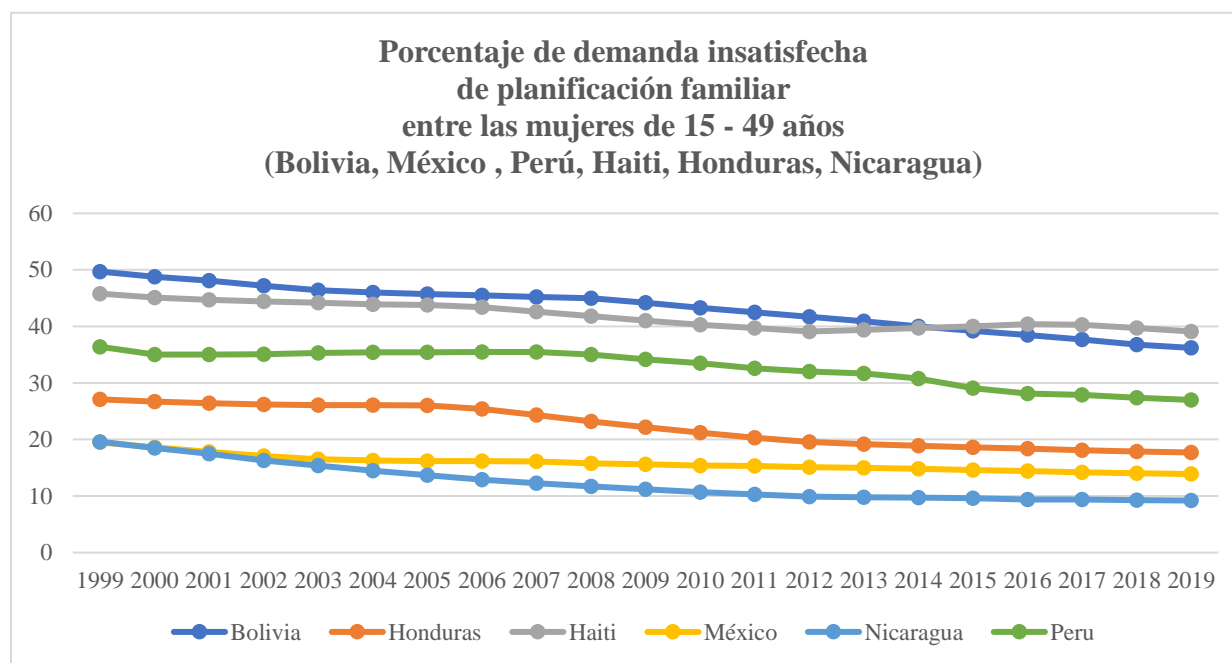
Gráfica 10 - Tasa de fecundidad en adolescentes OPS/OMS



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OPS/OMS.

La segunda gráfica nos presenta el porcentaje de las necesidades en anticoncepción no satisfechas o demanda en planificación familiar no satisfecha para el grupo de edad de 15 a 49 años. Aquí podemos ver que Nicaragua, México y Honduras tienen los porcentajes más bajas. Eso significa que en cuestión de demanda no satisfechas en planificación familiar esos países tienen sea mejor cobertura de la población o no tienen mucha demanda. De hecho, existe muchas explicaciones para eso, lo que hace de esta variable un poco menos pesada en la ecuación relativo a su impacto sobre la variación de la tasa de fecundidad. In este caso, hay que señalar que la demanda insatisfecha en planificación familiar es considerada como determinante indirecto o contextual de la fecundidad de manera general.

Gráfica 11 - Porcentaje de demanda insatisfecha de planificación familiar OPS/OMS



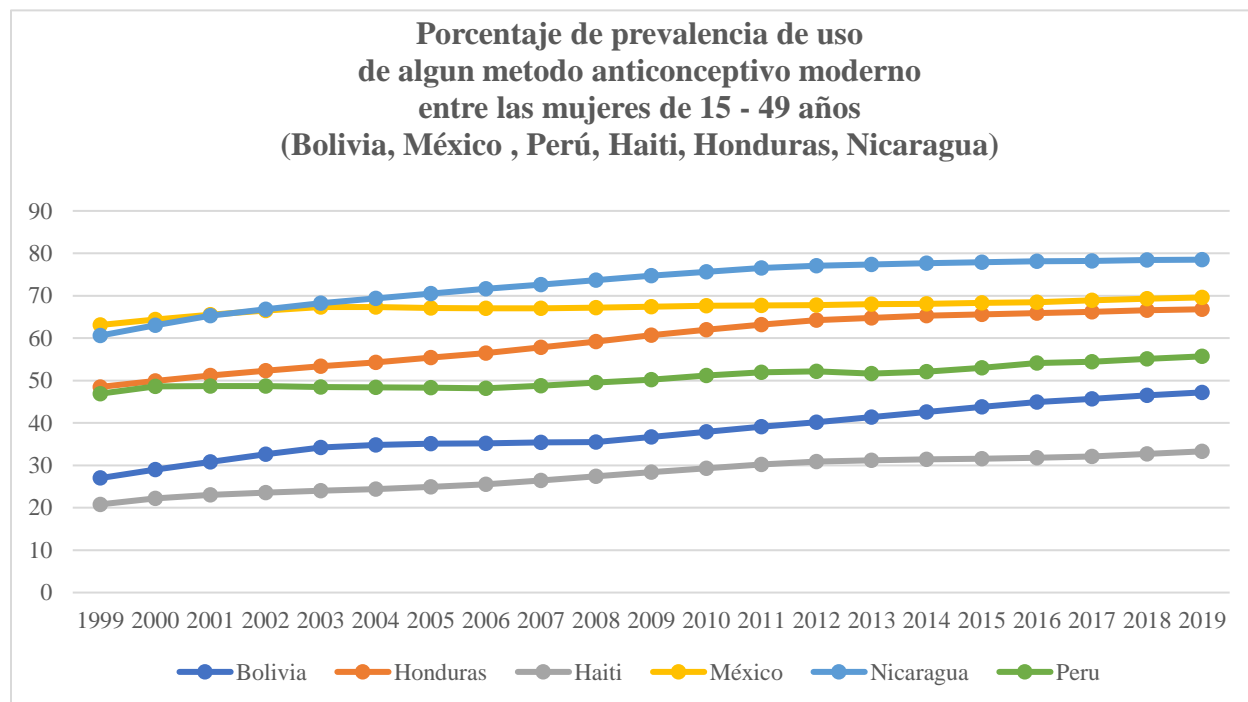
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OPS/OMS.

La siguiente gráfica, presenta el porcentaje de la prevalencia de uso de algún método anticonceptivo moderno para el grupo entre 15 y 49 años de los diferentes países. Aquí podemos ver Nicaragua, México y Honduras tienen los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos modernos más altos de esos países, lo que significa también que el conocimiento de los métodos anticonceptivos es mucho más popular en esos países en comparación a Bolivia, Haití y Perú. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos es considerada como uno de los determinantes próximos o variables intermedias de la fecundidad de manera general, lo que significa que esta variable puede afectar directamente a la tasa de fecundidad en un país.

La última variable de la matriz de indicadores que se considera es relativo a penalización/despenalización del aborto en esos países ya que el aborto también está considerado como uno de los determinantes próximos o variables intermedias de la fecundidad. Consideramos esta variable dummy de tal manera a atribuir 1 a los años donde en los países el aborto era penalizada y 0 a los años donde en los países el aborto era despenalizada de manera legal sin tomar en cuenta las razones por la cual era o si esta practicado de manera clandestina en esos países. Sin embargo, se

espera un sesgo en término del impacto de esta variable considerando el tamaño de la muestra de países elegida así que el periodo de tiempo considerado y además que la región de América Latina y el Caribe tiene leyes muy conservadoras en este sentido.

Gráfica 12 - Porcentaje de prevalencia de uso de algún método anticonceptivo moderno OPS/OMS



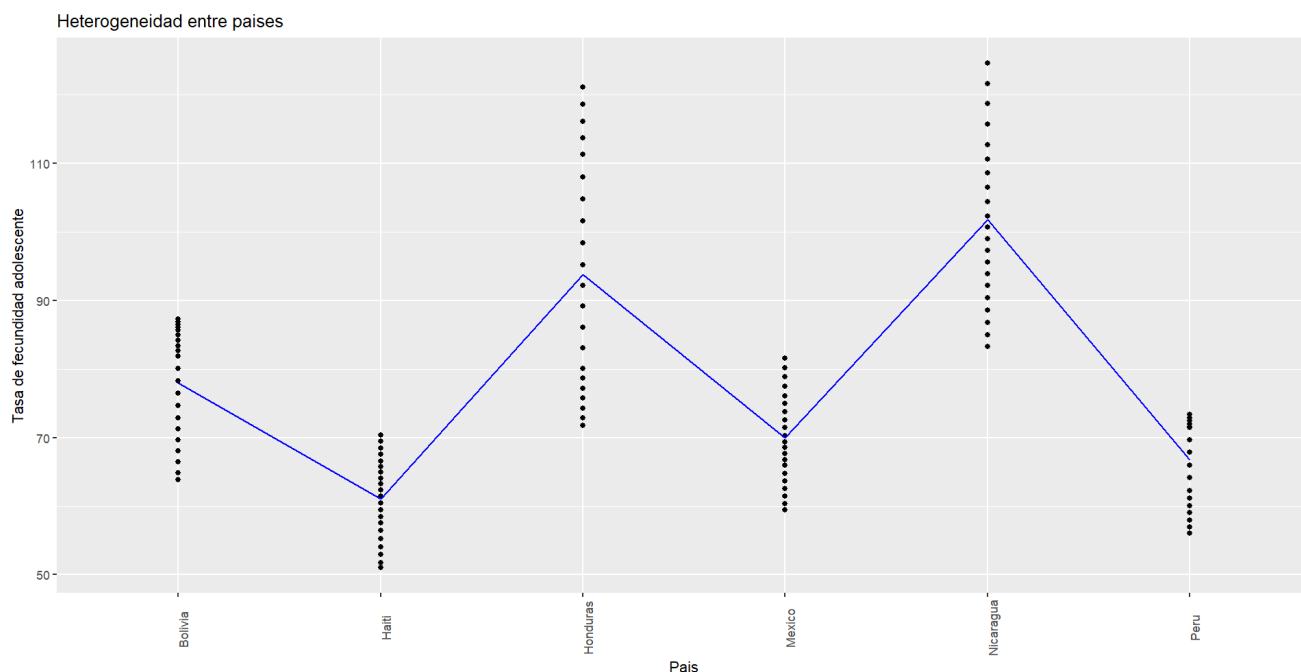
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OPS/OMS.

En las siguientes páginas, vamos a estudiar el impacto de esas variables sobre la tasa de fecundidad en adolescentes considerando una base de datos de esos indicadores de fuente de la OPS/OMS. Tenemos en total 6 países $n=6$, divididos en dos grupos y un periodo de tiempo $T=21$ años es decir de 1999 a 2019 donde terminamos con 126 unidades de datos $N=126$. Pero primero analizamos la homo/heterogeneidad entre los países y los años para determinar cuál modelo será el más adecuado con la estructura de los datos que tenemos.

- **Heterogeneidad entre los países**

En la gráfica 13, se presenta la ilustración de un test de homogeneidad sobre la variable dependiente tasa de fecundidad en adolescentes entre los países de la investigación. Según esta gráfica, los datos disponibles son heterogéneos comparando la media de la variable entre los diferentes países podemos notar la variabilidad de la varianza de la variable entre los diferentes países.

Gráfica 13 - Heterogeneidad entre países

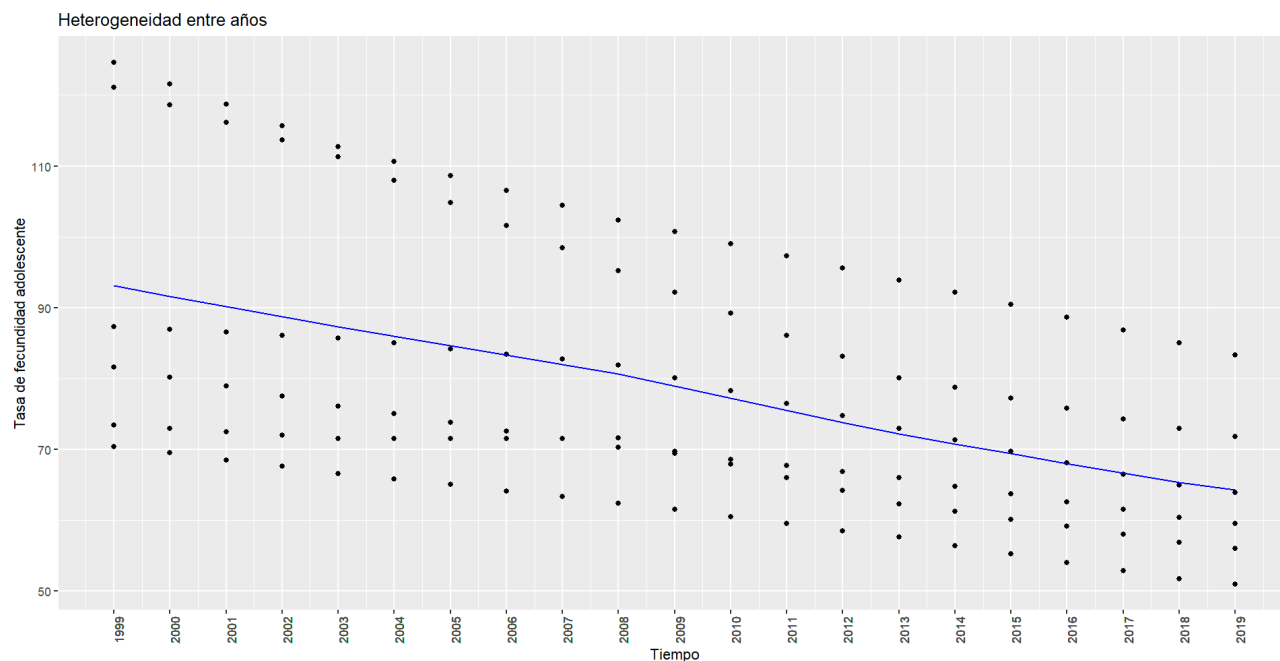


Fuente: Elaboración propia

- **Heterogeneidad entre los años**

En la gráfica 14, se presenta la ilustración de un test de homogeneidad sobre la misma variable dependiente tasa de fecundidad en adolescentes y ahora entre los años. Según esta gráfica, los datos son heterogéneos al comparar la media de la variable sobre los diferentes años considerado de la investigación y se puede notar en esta grafica la variabilidad de esta variable a lo largo del periodo de tiempo para cada uno de los países del estudio.

Gráfica 14 -Heterogeneidad entre años



Fuente: Elaboración propia

Entonces se puede deducir según esas gráficas dado que los promedios de las variables dependiente tasa de fecundidad en adolescentes e independiente prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, demanda insatisfecha en planificación familiar, hay una variación tanto entre los países como entre los años. En este sentido, la variabilidad que se observa en la media de esas variables nos permite seguir con un modelo de regresión con datos de panel.

3.2 Modelo de efectos aleatorios

El modelo de efectos aleatorios incluye la posibilidad de variaciones entre entidades. También asume que esta variación es de naturaleza aleatoria o no están correlacionadas con las variables en estudio.

Tabla 9 - Resultados del Modelo de efectos aleatorios

	Estimates	Std. Error	Pr (> z)
(Intercept)	194.70103	27.62942	1.830e-12 ***
Demanda insatisfecha en PF	-0.34592	0.43345	0.4248
Prevalencia de uso de MAC	-2.14695	0.29062	1.495e-13 ***
Aborto penalizado/ despenalizado	7.50951	1.83261	4.172e-05 ***
R-Squared	0.84434		
Adjusted R-squared	0.84051		
P-value	< 2.22e-16		
Signif. Codes:	0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1		

Fuente: elaboración propia

El intercepto es decir la tasa de fecundidad en adolescentes es significativo. Encontramos 2 variables significativos al 0.001, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y la penalización del aborto (*Tabla 9*).

Ahora vamos a analizar la relación entre las variables independientes y dependiente de ese modelo. Queríamos ver si la demanda insatisfecha en planificación familiar o necesidades en anticoncepción no satisfecha, la prevalencia de uso de algún método anticonceptivo moderno y la penalización/despenalización del aborto tiene algún impacto en la tasa de fecundidad adolescente en un país. Este modelo muestra que la prevalencia de uso de algún método anticonceptivo moderno y la penalización/despenalización del aborto son significativos al nivel del 1%. Del otro lado, la variable de la demanda insatisfecha no es significativa en este modelo.

Los coeficientes de las variables independientes indican cuánto cambia la variable dependiente con el tiempo en promedio por país, cuando las variables independientes varían en una unidad. En este sentido, el coeficiente de la prevalencia de uso de algún método anticonceptivo moderno nos muestra que, con el tiempo, en promedio por país, la tasa de fecundidad baja de un 2.14 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años para cada aumento en una unidad de la prevalencia de uso de anticonceptivos. Las variables independientes aquí pueden explicar satisfactoriamente la variable dependiente. Y esto se puede validar aún más mediante un R-cuadrado ajustado del 84%.

Según este modelo, el coeficiente de la variable penalización/despenalización del aborto indica que, con el tiempo, en promedio por país, la tasa de fecundidad aumenta de un 7.5 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años cuando el aborto no es penalizado con respecto a que lo es. Aquí encontramos nuestro sesgo en el modelo donde la variable no refleja la situación real de lo que está sucediendo en esos países.

CAPITULO 4 - ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados encontrados a lo largo de esta investigación basados en los dos métodos de análisis: análisis documental y análisis empírico. En primer lugar, se presenta la manera según la cual se define el problema en el primer grupo desde la perspectiva de las políticas públicas. En segundo lugar, se analiza los ejes principales de las políticas públicas implementadas en el primer grupo, en tercer lugar, se analiza los componentes de los programas de salud sexual y reproductiva del segundo grupo y finalmente se presenta unas limitaciones del trabajo de investigación.

4.1 Análisis Grupo 1

El embarazo en adolescentes se define como un problema público complejo, multidimensional y que necesita la colaboración de diversos actores para su resolución. Así que, la implementación de cada una de las políticas públicas de los países del primer grupo presenta el problema bajo una visión global, multidimensional en torno a sus características, y sus consecuencias así que propone una estrategia más amplia, integral para su solución considerando:

- 1- la multidimensionalidad del problema;
- 2- la complejidad del problema;
- 3- la colaboración intersectorial de los actores involucrados para la implementación de la estrategia.

Esa estrategia suele ser más eficiente a largo plazo, en un contexto donde se quiere erradicar el problema en esos países. Y un aspecto muy importante que se debe tomar en cuenta es la educación sexual considerando un enfoque de atención multidimensional acerca del problema. La dimensión educación es clave para poder alcanzar directamente este grupo etario entre 15-19 años y los menores. De manera general un enfoque que incluye sus aspectos multidimensional sería ideal a largo plazo para resolver un problema tan complejo como el embarazo en adolescentes. Sin embargo, las políticas públicas son complejas para implementar tanto al nivel de coordinación intersectorial es decir los distintos actores involucrados que tienen intereses diferentes, tanto por necesidad presupuestaria, o por falta de interés en el seguimiento o continuación entre gobiernos.

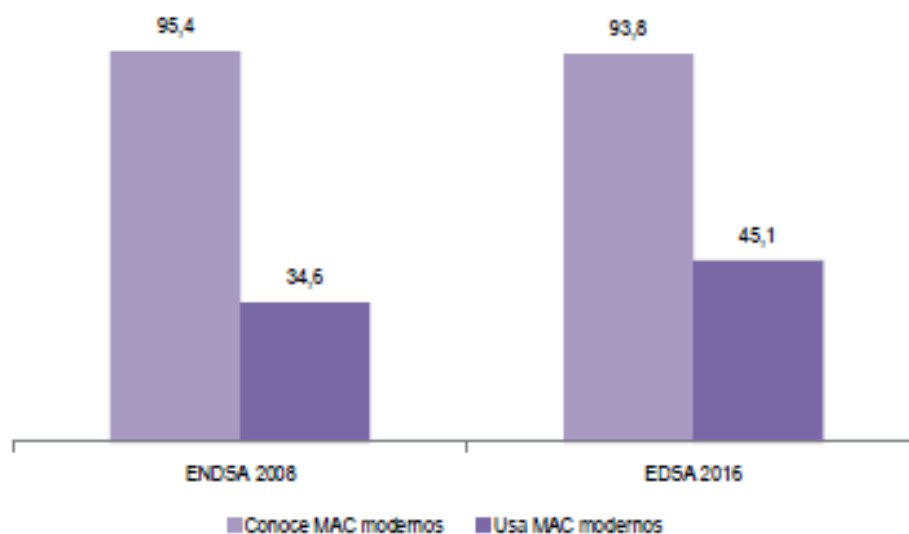
4.1.1 Bolivia

El Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Bolivia es una política pública integral que considera en sus lineamientos estratégicos 6 dimensiones. Se realizó un análisis en función de esos 6 ejes de desarrollo, es decir: económico, productivo y laboral, educativo, salud, violencia en razón de género, participación de las mujeres en espacios de decisión y fortalecimiento institucional para la prevención del embarazo adolescente.

De igual manera, se ha diseñado el Plan Nacional de Salud Integral de las y los Adolescentes (2009-2013) que presenta intervenciones concretas para la prevención del embarazo y acciones de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. En el aspecto legal, se avanzó en el reconocimiento al acceso a servicios de salud con atención diferenciada, educación sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes en el marco de la Ley de la Juventud ya que la tasa de utilización de anticoncepción por los adolescentes era muy baja en Bolivia. Según los datos del INE y del Ministerio de Salud y Deportes, se observó que entre 2003 y 2008 la demanda insatisfecha de métodos disminuyó en todos los grupos etarios, excepto entre la población adolescente.

Según la EDSA 2016, existe una brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos modernos en la población de las mujeres de 15 a 49 años, lo que significa que aun que tienen el conocimiento eso implica que lo usan. De hecho, hay una leve disminución de esa brecha entre conocimiento y uso en el EDSA de 2016 en comparación con la de 2008 aunque esa brecha sigue aun considerable. Hay una necesidad urgente de desarrollar estrategias e implementar acciones orientadas para la reducción de la brecha entre conocimiento y uso efectivo de método anticonceptivos modernos en Bolivia. Así que indicadores como necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos son de una relevancia muy importante para la comprensión de esa situación en el país.

Gráfica 15 - Bolivia- Diferencia entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – EDSA 2016

4.1.2 México

En México, después del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente de (2007 a 2012) el gobierno se lanzó por una política pública más integral la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ENAPEA en 2015, una estrategia integral. El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género en el país considerando los aspectos relativos a los proyectos de vida, de educación, de salud, sobre todo de respecto a los derechos humanos, a la libertad y al desarrollo personal.

Los objetivos estratégicos del Gobierno Mexicano son claros a través de la ENAPEA: “*prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo infantil.*” Para lograr eso y responder al desafío, se ha diseñado esa estrategia que oriente todos los esfuerzos gubernamentales que mediante acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales para enfrentar sus determinantes y sus causas subyacentes.

Históricamente los programas de planificación familiar en el país han surgido en la década de 1960. En este momento, el país presentó la tasa más alta de crecimiento poblacional de toda su historia, la cual llegó a ser de 3.4% anual, mientras que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) se

ubicaba en siete hijos por mujer; lo que significaba que la población se duplicaría cada 20 años (Ordorica, 2014). Luego en 1974, fue publicada la Ley General de Población que exhortaba a realizar programas de planificación familiar para intentar de regular el crecimiento de la población. Sin embargo, a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) donde van a surgir el enfoque de salud sexual y reproductiva y a partir de esta línea en 1995 en México se implementaba el Programa de Salud Reproductiva, que presenta el enfoque de planificación familiar y el de salud sexual y reproductiva, considerando a la población adolescente, la salud perinatal y de la mujer, con perspectiva de género.

4.1.3 Perú

En el caso de Perú, se ha diseñado el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de 2013 hasta 2021 que se solía ser una propuesta de estrategia para atender el problema. En realidad, se aceptó el problema de salud pública hasta 2007 en la Reunión Ordinaria de ministras y ministros de Salud del Área Andina y se declaró prioritarios los planes para su prevención y atención integral. El PMPEA es el resultado de la colaboración entre varios actores públicos, privados, de la sociedad civil, ONGs y de la comunidad internacional.

No se ha notado mucha coordinación acerca de ese plan, aunque la fecundidad global en Perú ha ido en descenso en esos últimos 25 años, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento; el PMPEA se quedó en lo teórico. La tasa de embarazo en adolescentes en Perú no es la más alta de la región en comparación a muchos otros países, pero desde las últimas dos décadas las cifras han seguido muy preocupante y las estadísticas acerca del tema muy contundente.

4.2 Análisis Grupo 2

En esos países, el embarazo en adolescentes se considera como un problema de salud, es decir la implementación de los programas de salud sexual y reproductiva se concentra en la dimensión salud pública del problema. Según los datos obtenidos, el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos es muy alto así que el uso mismo de ello dentro de la población definida en general. La coordinación de un programa específica es sumamente manejable por una entidad gubernamental, y los resultados son más fácil a destacar y además en un periodo de tiempo relativamente corto. Del otro lado, los programas específica no son sostenible en el largo plazo, y

no permiten realmente de resolver el problema, sino que influyen en sus impactos como en la tasa de la fecundidad en adolescentes. Además, esos programas no son eficiente para prevenir los embarazos en adolescentes que ocurren por violencia de genero.

4.2.1 Haití

Haití no cuenta con una política pública específica para la prevención del embarazo en adolescentes ya que la tasa no es excesivamente alta en comparación a los demás países en la región. Sin embargo, han diseñado el Manual de Normas en Planificación Familiar y Salud Materna (2009) como documento normativo para orientar las diferentes acciones que se implementan hacia el tema. Desde unas décadas la planificación familiar se puso un elemento muy importante de la salud sexual y reproductiva en Haití ya que, en 2017, 100 por ciento de las mujeres y de los hombres conocieron al menos un método anticonceptivo en el país. La prevalencia de uso de método anticonceptivo casi ha doblado en el país entre 95 y 2006 y siguió incrementando cada año más.

4.2.2 Honduras

Honduras tiene la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH-2012) que se considera política pública específica para la prevención del embarazo en adolescentes sin embargo desde en su marco legal faculta y obliga a la Secretaría de Salud, así como a otros socios estratégicos (no definidos) a realizar las acciones políticas, técnicas y administrativas que contribuyan a disminuir el embarazo adolescente que definió como problema social y de salud pública. En su composición, Objetivo general, metas, ejes transversales, maco legal, todo se enfoca en la dimensión salud pública del problema, así que esta estrategia según nuestras definiciones en esta investigación no cabe dentro el grupo de políticas públicas integrales e intersectoriales.

Del otro lado, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Honduras (2016) es un elemento que ayuda y complementa los esfuerzos realizados por los diferentes sectores dentro de un marco político y programático de manera de promover de forma integrada la salud y orientar las acciones intersectoriales para el alcance de los objetivos nacionales y las líneas estratégicas internacionales.

4.2.3 Nicaragua

En Nicaragua no existe una política pública específica para la prevención del embarazo en adolescentes o relacionadas con la salud reproductiva definidas de manera particular para los adolescentes, aunque este país tiene unas de las tasas de fecundidad en adolescentes más altas de la región. Sin embargo, Nicaragua tiene la Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud (PNDIJ), que define entre sus componentes tres ejes que son básicos en su interrelación con la salud reproductiva: educación y capacitación, salud integral con énfasis en salud sexual y reproductiva y capacitación e inserción laboral. La política nacional para la juventud plantea líneas estratégicas que pueden permitir a disminuir de los índices de fecundidad y a elevar los índices de planificación familiar.

Del otro lado, en cuestión de planificación familiar, la casi totalidad de las mujeres de Nicaragua son informadas para que conozcan algún método anticonceptivo (99.8 por ciento) y eso sin diferencia entre las mujeres actualmente casadas/unidas, las que alguna vez lo estuvieron y las solteras con experiencia sexual. Relativo al uso de los métodos anticonceptivos, tres de cada cuatro mujeres (75 por ciento), reconoce haber utilizado algún método anticonceptivo en 2012 entonces podemos ver que ha sido realizado un muy buen trabajo en termino de salud sexual y reproductiva en Nicaragua y especialmente en planificación familiar.

Según la base de datos del Banco Mundial y de la OPS/OMS, encontramos los siguientes datos sobre la variación de la tasa del embarazo adolescentes entre los dos grupos de países de esta investigación a pesar de que usan estrategias diferentes. El primer grupo de países, México, Bolivia y Perú, han tenido una variación de su tasa de embarazo en adolescentes entre 1999 y 2019 respectivamente de **22**, de **23-24** y de **17-18** nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años. El segundo grupo de países, Haití, Nicaragua y Honduras, han tenido una variación de su tasa de embarazo adolescente entre 1999 y 2019 también respectivamente de **19-20**, de **48-49** y de **40-41** nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años.

Rápidamente, se puede notar que ambos grupos de países tuvieron resultados bastante importantes unos más que otros en término a la reducción de la tasa de fecundidad en adolescentes durante el periodo considerado.

Tabla 10 - Variación de la tasa de la fecundidad en adolescentes

Grupo	Países	Estrategias	Líneas/ Componentes	Tasa (1999-2019) BM	Tasa (1999-2019) OPS/OMS
Grupo 1	Bolivia	PPPEAJ (2015 - 2020)	6 pilares y lineamientos estratégicos	86.9 hasta 62.9 (~24)	87.3 hasta 63.9 (~23)
	México	ENAPEA-2015	6 componentes	80.2 hasta 58.5 (~22)	81.6 hasta 59.5 (~22)
	Perú	PMPEA (2012-2021)	12 líneas de acciones estratégicas	72.9 hasta 55 (~18)	73.4 hasta 56 (~17)
Grupo 2	Haití	Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	Dimensión Salud Pública	69.5 hasta 50 (~20)	70.4 hasta 51 (~19)
	Honduras			118.6 hasta 70.8 (~48)	121.1 hasta 71.8 (~49)
	Nicaragua			121.6 hasta 81.6 (~40)	124.6 hasta 83.3 (~41)

Fuente: Elaboración propia

4.3 Limitaciones de la investigación

Los resultados encontrados anteriormente presentan informaciones sobre la necesidad de una estrategia completa en la lucha para la disminución de la tasa global del embarazo adolescente. El análisis documental de los datos obtenidos de las diferentes encuestas nacionales realizadas en los diferentes países muestra que el uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos es un factor que ayuda a bajar la tasa de fecundidad global incluso en adolescentes. El modelo de efectos aleatorios con Datos de Panel, ha mostrado la relevancia de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos como indicadores que tienen efectos directos en la tasa global de fecundidad en adolescentes.

Sin embargo, esta investigación presenta unas limitaciones importantes que se debe tomar en cuenta frente a los resultados obtenidos. Esas limitaciones son:

- Relativo a la cantidad de países: la muestra de 6 países que ha sido elegida para el estudio no es suficiente para generalizar los resultados encontrados al nivel de toda la región de América Latina y en el Caribe.
- Relativo al contexto político dentro de los países: los países del estudio han tenido diferentes contextos políticos a lo largo del periodo de tiempo considerado.
- Relativo a las causas de los embarazos: los programas de salud sexual y reproductiva no toman en cuenta el aspecto violencia basada en género como una de las causas de los embarazos en adolescentes que es una de las causas. Mucho de los embarazos en adolescentes específicamente en esta región han ocurrido por violencia de género.
- Relativo al rango de población estudiada: en esta investigación, la población que se estudia son los adolescentes y corresponden al rango etario de 15 y 19 años. Sin embargo, hace falta datos en el campo para este rango etario. Generalmente no hacen estudios o encuestas específicamente sobre esa categoría de la población así que se considera incluido dentro del grupo de la población de 15 a 49 años. En este sentido, los resultados obtenidos pueden ser sesgados.
- Relativo a las fuentes de datos: en esta investigación, en la primera parte es decir el análisis documental, se ha referido a los informes oficiales de las encuestas nacionales realizados en esos países, así que se debe cuestionarse sobre las metodologías usadas para llevar a cabo esas encuestas y mucho más cuando presentan resultados tan radicales.
- Relativo al uso de informaciones estadística: en esta investigación, la falta de informaciones cuantitativas es relevante en algunos aspectos no técnicas del análisis empírico por ejemplo para hacer la comparación de los indicadores de esos países entre el resto del mundo y también de la región América Latina y en el Caribe.

Otra limitación es relativo al uso de unos indicadores en la segunda parte del análisis empírico. No existe muchas investigaciones con herramientas econométricas sobre el posible efecto de la despenalización del aborto. Así que no se ha podido confirmar si realmente la despenalización del aborto tiene un impacto sobre la tasa de fecundidad en adolescentes por varias razones. Primero porque muchos países lo han despenalizado sin embargo todavía muchas mujeres viven en países donde el aborto está penalizado o sujeto a restricciones especialmente en la región América Latina y en el Caribe que tiene leyes muy conservadoras. Segundo porque la muestra elegida en esta investigación no es muy significativa ya que todos los países son de América Latina y en el Caribe

donde solo en México se despenalizó el aborto y eso es muy reciente para poder estudiar su impacto a nivel país. Tercero, aunque el aborto no está despenalizado, es una práctica que se hace mucho de manera insegura y clandestina en esos países lo que aumenta la tasa de mortalidad materna. Entonces en realidad esta variable no refleja la situación real de lo que está sucediendo del tema en esos países.

CAPITULO 5 - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A lo largo de esta investigación, se ha buscado saber cuál sería la mejor estrategia para resolver el problema del embarazo en adolescentes en la región de América Latina y en el Caribe. Para empezar, 6 países han sido elegidos y clasificados en dos grupos: A) cuyos gobiernos han implementados políticas públicas integrales e intersectoriales y B) cuyos gobiernos ha implementados programas de salud sexual y reproductiva. Luego, a través de un análisis documental, se ha destacado la manera como los gobiernos definieron y el problema desde la perspectiva de las políticas públicas, incluso de las composiciones de las políticas públicas implementadas y los programas de política públicas orientada en salud sexual y reproductiva.

Las políticas públicas integrales son muy complejos para encuadrar ya que hay una diversidad de actores involucrados y no todos tienen las mismas prioridades. Además, hay una carencia de políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. En general, la evolución de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva ha variado en las dos últimas décadas, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vía de desarrollo para dar seguimiento a los grandes congresos internacionales donde toman decisiones universales.

Existen argumentos que sustentan que cuando los gobiernos demuestran resistencia a las iniciativas de política de anticoncepción en general, estas afectan las intervenciones que se desarrollan con adolescentes. El trasfondo de dichas restricciones gubernamentales proviene de las prioridades de ciertos grupos de actores y de poder que se oponen a la implementación de políticas destinadas a poner a disposición conocimientos y medios anticonceptivos con el fin de controlar la fecundidad. Se rechazan especialmente los intentos de asegurar la autonomía de los y las adolescentes y su derecho a tomar decisiones independientes, sin el permiso de sus padres.

La salud sexual y reproductiva permite que las personas puedan cumplir sus ideales reproductivos, es decir, el deseo de tener hijos(as) o no tenerlos, así como la libertad de elegir el número y espaciamiento entre ellos. El acceso, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos han sido los medios promovidos en este tema, y han permitido cambios en el número y espaciamiento de los hijos(as), gracias a esos programas en la actualidad existe mayor empoderamiento en las parejas para decidir y obtener la calidad de vida deseada.

En materia de salud sexual y reproductiva, la OMS (2015) señala que promover la planificación y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, son tareas que permiten lograr múltiples beneficios. Entre ellos: prevenir riesgos para la salud en el embarazo; reducir la mortalidad infantil; prevenir el VIH; además, contribuye al poder de decisión; disminuye el embarazo adolescente y los niveles de crecimiento poblacional.

Existe muchas evidencias sobre las intervenciones efectivas para la resolución del problema del embarazo en adolescentes, como los programas de educación sexual que retrasan el inicio de la actividad sexual entre las y los adolescentes y mejoran el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos/as reduciendo de este modo la prevalencia del embarazo en adolescentes. Pero de manera global, los 3 aspectos más importantes que lograron a captar la atención de los investigadores en el tema son: el aspecto educativo, el aspecto de salud y las intervenciones múltiples.

- 1- Las intervenciones en el aspecto de educación suelen garantizar el acceso, la permanencia y la culminación de los estudios específicamente en educación básica (mejorar calidad educativa, desarrollo de proyecto de vida, y juicio crítico), además que también se incorpora educación en salud, servicios de orientación/consejerías dirigidas a los principales interesados (padres, parejas, adolescentes, y el entorno).
- 2- Las intervenciones en el aspecto de la salud acercan la promoción de métodos anticonceptivos es decir acceso, conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos con focalización sobre los adolescentes independientemente que si han iniciado o no su actividad sexual de manera a influir sobre las actitudes de los y las adolescentes hacia el uso de los anticonceptivos una vez que hayan decidido iniciar su actividad sexual.
- 3- Las intervenciones múltiples suelen ser una combinación de intervenciones educativas con promoción de la salud sexual y reproductiva (anticoncepción y acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva amigable para los adolescentes).

La metodología empleada en esta investigación ha mostrado la importancia de los programas de salud sexual y reproductiva a través del conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos dentro de la población en la lucha para la disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes. Además,

con un análisis empírico, de la importancia de la prevalencia de uso de los métodos anticonceptivos y de la despenalización del aborto en esos países.

Es importante señalar también que, aunque los resultados obtenidos de este estudio muestran que los programas de salud sexual y reproductivas son más eficientes a corto plazo para disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes, eso no significa inmediatamente que en esos países donde se observó mayor variación de la tasa de fecundidad en adolescentes, los derechos sexuales y reproductivos son más populares. Los derechos sexuales y reproductivos y especialmente de los y las adolescentes todavía necesitan muchos esfuerzos por partes de los actores gubernamentales para ser respetadas.

Dado que el problema es muy complejo por su multidimensionalidad según mis hallazgos si se quiere bajar rápidamente la tasa del embarazo en adolescentes, la mejor estrategia sería enfocarse en el aspecto de la Salud Sexual y Reproductiva es decir la dimensión salud del problema (conocimiento/ uso de los métodos anticonceptivos, acceso a los métodos anticonceptivos, despenalización del aborto) ya que las intervenciones de esos programas de política pública son más a corto plazo y los resultados se pueden observar rápidamente. Dado que esos programas son limitados es decir que no cubren todos los aspectos del problema que son de igual importancia que la salud como aquellos que ocurre por cuestión de violencia de género, entonces no son sostenible en el largo plazo. De allí se presenta la importancia de las políticas públicas que son más integrales y consideran varias dimensiones del problema. En esta dinámica, una solución más sostenible sería articular los programas de SSR con una estrategia integral a largo plazo para erradicar el problema desde la raíz.

El tema de embarazo en adolescente, aunque no es nueva, todavía requiere más investigaciones para un mejor entendimiento del problema, de sus causas, consecuencias y posiblemente las mejores maneras de atender y solucionarlo. El campo multidisciplinario de las políticas públicas necesita más estudios sobre esos temas complejos y multidimensionales y sobre los adolescentes específicamente que permitirán a los investigadores del campo de descubrir nuevas herramientas sea teóricas o prácticas para poder proporcionar soluciones innovadoras. Además, el tema del derecho vinculado a este problema es sumamente importante especialmente cuando se trata de derechos de las personas, niños, niñas, jóvenes, adolescentes y mucho más cuando se trata de

derecho a la salud sexual y reproductiva. Los gobiernos de los países de la región todavía tienen muchos esfuerzos que hacer en este sentido para el respecto y la aplicación de dichos derechos.

El campo necesita más investigaciones que apartan esta porción de la población que se refiere a las y los adolescentes que tiene características bastante distintas de los adultos además que tienen necesidades diferentes en términos de abordaje y consideración. Es importante considerar las dimensiones legal, social y económica que se dibujan en el panorama de diferencias o de brechas que existe entre los adolescentes y los adultos para poder diferenciar esos grupos. Esta diferenciación va a permitir estudiar de manera más eficiente a ese grupo y destacar la relevancia de las necesidades correspondientes (políticas públicas, programas de política pública) así que los impactos de dichas acciones.

BIBLIOGRAFIA

- Avellaneda, Ana Cecilia Ojeda, and Leticia Montero Torres. "Adolescencia, sexualidad y reproducción: tres dimensiones fundamentales para la comprensión del fenómeno del embarazo adolescente." *Revista Palobra, "palabra que obra"* 19.2 (2019): 36-53.
- Bazúa, Fernando. *Estado, Gobierno Y Política Pública Elementos Para Un Marco Conceptual Básico*. México: [s.n.], 2010. Web.
- Berger, P.L. y T. Luckmann. (1975) [1966]. *The Social Construction of Reality: A Treatise on the Sociology of Knowledge*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bruno, Pierre, 2000, "L'adolescence et sa culture. Un bilan des approach" *Existe-t-il une culture adolescente ?* París, Press Éditions, pp. 17-37.
- Campos, Jesús Rubio. "Retos para la implementación de políticas públicas en América Latina." *Buen Gobierno* 15 (2013): 146-156.
- Climent, Graciela Irma. "Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron." *La ventana. Revista de estudios de género* 3.29 (2009): 236-275.
- Del Castillo, Gloria y Azuma, Alicia (2009). *La reforma y las políticas educativas. Impacto en la supervisión escolar*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.
- Del Castillo, Gloria (2014), "Una perspectiva analítica de política pública para el análisis de problemas públicos complejos", Ponencia presentada en ~l IV Congreso Nacional de Ciencias Sociales organizado por el Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, 24-28 de marzo
- Del Castillo Alemán, Gloria. *El Estudio Del Cambio De Políticas En El Campo De Política Pública = The Study of Policy Change in the Field of Public Policy*. 2017. Web.

- Del Castillo, Gloria (2017). “Las ciencias sociales en la solución de problemas públicos: una mirada desde las Políticas Públicas”, en Cristina Puga (ccord.), Un Panorama de las Ciencias Sociales en México. México: UNAM. Pp. 187-204.
- Del Castillo, Gloria (2020). “Mapas de políticas como herramienta para la investigación de políticas públicas, Metodología”. México, FLACSO.
- Del Castillo Matamoros, S. E., A. N. Roth Deubel, C. I. Wartski Patiño, R. Rojas Higuera, y O. A. Chacón Barliza. «La implementación De La política Pública De Salud Sexual Y Reproductiva (SSR) En El Eje Cafetero Colombiano: El Caso Del Embarazo Adolescente». Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud, vol. 6, n.º 1, mayo de 2011
- Demographic and Health Survey (DHS) STAT compiler <https://www.statcompiler.com/fr/> en Nicaragua-Causas, Embarazo Adolescente. "consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua." ENDESA, octubre (2016).
- Dente, B. y J. Subirats, (2014). Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas, Barcelona: Ariel. Pp.51-59.
- Diaz, Nathaly Llanes. "Estar en la edad". Re-significaciones de la maternidad adolescente en un contexto de alta inmigración: El caso de mujeres residentes en Tijuana." (2014).
- Elder, Charles, and Roger Cobb. "Formación de la agenda." Problemas públicos y agenda de gobierno 3 (1993): 77-104.
- Faget, M. "Buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes." (2011).
- Gómez-Mercado, Carlos A., and Liliana P. Montoya-Vélez. "Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012." Revista de Salud pública 16 (2014): 393-407.
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF. "Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016–2017)." (2018).

Instituto Nacional de Estadística – Encuesta de Demografía y Salud (EDSA 2016)

Jesús Reyes, David De, and Esmeralda González Almontes. "Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente." *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro) (2014): 98-123.

Lasswell, Harold D. *A Pre-view of Policy Sciences*. New York: American Elsevier, 1971. Print. Policy Sciences Book Ser.

León, Paula, et al. "Embarazo adolescente." *Rev Ped Elec* 5.1 (2008): 42-51.

Loredo-Abdalá, Arturo, et al. "Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada." *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 55.2 (2017): 223-229.

Martich, Evangelina. "Título del documento: “El embarazo adolescente en América Latina: un desafío para las políticas públicas”." (2017).

Mendoza, Walter, and Gracia Subiría. "El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas." *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* 30.3 (2013): 471-479.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP, Haïti). « Politique Nationale de Santé, (2012) »

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP, Haïti). « Plan Directeur de Santé, (2012-2022) »

Ministerio de la Justicia, Estado Plurinacional de Bolivia. “Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (2015 - 2020)”

Ministerio de Salud Pública (2020). *Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes (2016-2020)*. Montevideo: MSP-AUCIUNFPA.

Noguera, Norma, and Herly Alvarado. "Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería." *Revista Colombiana de enfermería* 7.1 (2012): 151-160.

Núñez Noriega, Guillermo, and Deisy Judith Ayala Valenzuela. "Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad." *Culturales* 8.15 (2012): 7-46.

Ordorica, M. (2014). "Momentos estelares en la dinámica demográfica del México de ayer, hoy y mañana", en: *La situación demográfica de México 2014*. Recuperado el 29 de junio de 2016, de: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/99637/La_Situación_Demografica_de_Mexico_2014.pdf

Olavarría Gambi, Mauricio. "Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas." (2007).

Parsons, W." Enfoques para el Análisis de los Problemas Sociales", en W. Parsons, *Políticas Públicas*. Buenos Aires, FLACSO México-Miño y Dávila Editores, 2009, pp. 117-140.

Reyes, & González. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Revista Latinoamericana de Sexualidad, Salud y Sociedad*.

Roth, André-Noël. (2008, julio-diciembre). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos*, 33, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia, 67-91.

Rubio, Mauricio. "Maras y delincuencia juvenil en Centroamérica." *Elementos para una criminología local. Políticas de Prevención del crimen y la violencia en ámbitos urbanos*". Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá y Ediciones Uniandes-CEDE (2003): 327-353.

Stern, Claudio. "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica." *Salud pública de México* 39 (1997): 137-143.

Subirats, Joan. "El análisis de las políticas públicas." *Gaceta sanitaria* 15.3 (2001): 259-264.

United Nations Population Funds UNFPA (2018). "América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo"

Varela Petito, Carmen. "La fecundidad adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay." *Documento de Trabajo/FCS-UM*; 68 (2005).

Venerio, Marcelina Castillo. Fecundidad adolescente en Nicaragua: Tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política. United Nations Publications, 2007.

Vicepresidencia de la República Dominicana y Gabinete de Políticas Sociales (2019). “Plan Nacional Para La Reducción De Embarazos En Adolescentes 2019-2023 | PREA-RD”

Villalobos-Hernández, Aremis, et al. "Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México." Salud pública de México 57 (2015): 135-143.