



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**

Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales

Maestría en Políticas Públicas

**Los Embarazos no Deseados entre las Mujeres
Adolescentes en la Ciudad de Morelia, Michoacán,
2015-2018: Un Análisis Descriptivo**

Presenta:

Lic. Fernando Loa Bernabé

Director de Tesis:

Dr. José Carlos Alejandro Rodríguez Chávez

Morelia, Michoacán, agosto de 2019

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Morelia, Michoacán, el día 5 de agosto de 2019, los miembros de la Mesa de Sinodales designada por el H. Consejo Técnico del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, aprobaron para presentar en examen de grado la tesis titulada:

Los embarazos no deseados en las mujeres adolescentes en la ciudad de Morelia, Michoacán, 2015-2018: un análisis descriptivo

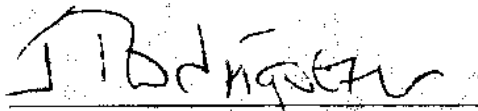
Presentada por el estudiante:

Lic. Fernando Loá Bernabé

Aspirante al grado de **Maestro en Políticas Públicas**. Después de haber efectuado las revisiones necesarias, los miembros de la Mesa de Sinodales manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

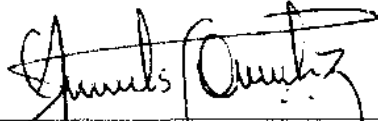
LA MESA DE SINODALES

Director de la tesis



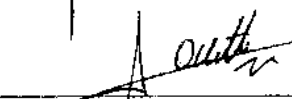
Dr. José Carlos Rodríguez Ch.

Secretario



Dr. Carlos Francisco Ortiz Paniagua

Segundo vocal



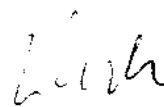
Dra. Odette Virginia Delfín Ortega

Primer vocal



Dr. Rubén Molina Martínez

Tercer vocal



Dr. Rodrigo Gómez Monge

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

En la ciudad de Morelia, Michoacán, el día 7 de agosto de 2019, el que suscribe, Fernando Loa Bernabe, alumno del programa de Maestría en Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, manifiesto ser el autor intelectual del presente trabajo de tesis desarrollado bajo la dirección del Dr. José Carlos Alejandro Rodríguez Chávez, y cedo los derechos del trabajo titulado: "Los Embarazos no Deseados en las Mujeres Adolescentes en la Ciudad de Morelia, Michoacán, 2015-2018: Un Análisis Descriptivo", a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su difusión con fines estrictamente académicos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este trabajo de tesis, ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio sin la autorización escrita del autor y/o de los directores de este. Cualquier uso académico que se haga de este trabajo deberá realizarse conforme las prácticas legales establecidas para este fin.



Lic. Fernando Loa Bernabe

Dedicatoria:

A mi familia por todo el impulso, apoyo, tiempo, motivación, paciencia y palabras de aliento.

Al personal y los compañeros del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales. Porque compartimos durante más de 2 años y medio, gracias a ese tiempo conocí y compartí con una nueva familia, sé que contare con ellos en caso que fuera necesario.

He estudiado en varios lugares y en todos los profesores son buenos, pero sin duda, puedo afirmar que los profesores del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales, han tenido para con un servidor las mejor de las atenciones y disposición cuando acudí con alguno de ellos, me quedo con muchos buenos consejos pero lo mejor de ellos es el trato humano, aunque varios de ellos no me dieron clase, no fue obstáculo para que me apoyaran, confío y afirmo que tiene una infinita vocación de servicio, por su tiempo y dedicación muchas gracias espero verlo pronto de nuevo y seguir aprendiendo.

Por los espacios en donde siempre estuve a gusto y me sentí contento, por los nuevos amigos que descubrí y pretendo mantener, por tantas cosas que aprendí no solo relativas al tema académico.

Por el crecimiento profesional y personal que tuve en este tiempo.

GRACIAS

Agradecimientos

- Primero quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el otorgamiento de la beca para cursar el programa de Maestría en Políticas Públicas, así como al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales por confiar en mi proyecto de Investigación.

- A los coordinados del postgrado del programa de la Maestría en Políticas Públicas. Primero la Dra. Odette Virginia Delfín Ortega al inicio de esta aventura académica y después al Dr. Carlos Francisco Ortiz Paniagua quienes me acompañaron y orientaron en el transcurso del programa.

- Al núcleo académico del ININEE, quien ayudo en mi formación por estos dos años. En especial a mi Director de tesis, el Dr. José Carlos Alejandro Rodríguez Chávez, quien en todo momento me brindo su amistad, comentarios y valioso apoyo para llevar a cabo este proyecto de investigación, así como el proceso que implica elaborar una tesis de maestría; por ello, le manifiesto profunda admiración. A todos los integrantes de mi mesa sinodal, que siempre estuvieron dispuestos a hacerme las sugerencias, observaciones pertinentes y discutir el desarrollo de proyecto, pero con una especial mención al Dr. Rubén Molina Martínez por ser tan profesional en su forma de enseñar y compartir sus conocimientos así como su experiencia.

- A las clínicas y hospitales del sector público y privado, que concedieron el permiso para realizar mi trabajo de campo; en especial a la Enfermera Nelly Yazmín Valdovinos Huerta, por su apoyo en el desarrollo de campo para con las mujeres adolescentes embarazadas y socializar ese tema de investigación.

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de la vida de enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En este periodo se adquiere la capacidad productiva, psicológicamente se define la personalidad, se construye la independencia socio-económica, se fortalece la autoafirmación y se pone a prueba la capacidad reproductiva y sexual; un embarazo en la adolescencia es a todas luces un evento traumático e inesperado para las y los adolescentes, sus familias y para la sociedad en general. Esta problemática se viene incrementando y son muchos los factores de riesgo que requieren ser analizados y trabajados para prevenirlos. El embarazo y la maternidad en la adolescencia suelen llevar al abandono escolar, falta de educación, riesgos graves de salud para la madre, doble riesgo de morir para las adolescentes al momento del parto y limitan sus oportunidades laborales de las y los adolescentes, a trabajos circunscritos a unas pocas ocupaciones y casi siempre son empleos no formales y poco remunerados.

En Michoacán hay 437,099 adolescentes entre de 15 a 19 años de edad y que representan el 9.51% del total de la población de Michoacán. En el municipio de Morelia, hay 32,817 adolescentes mujeres entre 15 a 19 años de edad y que equivalen al 4.5% del total de la población de esta ciudad (INEGI, 2015) que es nuestro campo de investigación.

Palabras clave: adolescentes, embarazos no deseados en adolescentes, nivel escolaridad, cobertura de servicios de salud, coordinación gubernamental, políticas públicas.

ABSTRACT

Adolescence is a period of life of enormous physical and emotional variations, transforming the child into an adult. In this period, the productive capacity is acquired, and the personality is psychologically defined, socio-economic independence is built, self-affirmation is strengthened and the reproductive and sexual capacity is tested; A teenage pregnancy is clearly a traumatic and unexpected event for teenagers and their families, and for society in general. This problem is increasing and there are many risk factors that need to be analyzed and worked to prevent them. Pregnancy and maternity in adolescence often lead to school dropout, lack of education, serious health risks for the mother, double risk of dying for adolescents at the time of delivery and limiting their work opportunities for adolescents, to jobs limited to a few occupations and almost always non-formal, low-paid jobs.

In Michoacán, there are 437,099 adolescents between 15 and 19 years of age, which represent 9.51% of the total population of Michoacán. In the municipality of Morelia, there are 32,817 adolescent women between the ages of 15 and 19, equivalent to 4.5% of the total population of this city (INEGI, 2015), which is our field of research.

Keywords: adolescents, unwanted pregnancies in adolescents, schooling level, health services coverage, government coordination, public policies.

Índice

Cuadros.....	1
Graficas	3
Diagramas.....	5
Glosario	6
Introducción	9
CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 Antecedentes.....	14
1.2 Problema de la fecundidad en adolescentes	18
1.3 Planteamiento del problema	22
1.4 Pregunta general Error! Marcador no definido.....	36
1.5 Objetivo general	36
1.6 Hipótesis de investigación.....	36
1.7 Variables.....	36
1.8 Justificación.....	37
CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.....	39
2.1 Definiciones de adolescentes.....	40
2.2 Definiciones de fecundidad.....	42
2.3 Definiciones de embarazo adolescente.	44
2.4 Grado de escolaridad.....	48
2.4.1. Las teorías de aprendizaje.....	49
2.4.2. La Teoría de aprendizaje experiencial.....	53
2.4.3 La teoría de la motivación en el estudiante	54
2.5 Cobertura de servicios de salud.....	56
2.6 Coordinación interinstitucional.....	61
2.7 Política pública.....	68

2.7.1 Origen de las políticas públicas.....	68
2.7.2 Ciclo de las políticas públicas.....	72
2.7.3 Diseño de la política pública.....	73
2.7.4 Implementación de la política pública.....	74
2.7.5 Evaluación de la política pública.....	79
CAPÍTULO III. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	83
3.1 Universo.....	86
3.2 Muestra.....	86
3.3 Diseño del instrumento de investigación.....	89
3.4 Lugares y personas a las que se les se aplicara el instrumento.....	100
3.5 Cálculo de los resultados del instrumento.....	101
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE DATOS	102
4.1 Análisis de datos de encuesta.....	103
4.1.1 Variable dependiente:	103
4.1.2 Variable independiente: grado de escolaridad	105
4.1.3 Variable independiente: servicios de salud.....	110
4.1.4 Variable independiente: coordinacion gubernamental	115
4.2 Resultados	120
CAPÍTULO V. PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA	126
5.1 Árbol de problemas	131
5.2 Árbol de objetivos.....	132
5.3 Establecer el propósito.....	133
5.4 Determinar el fin.....	133
5.5 Proponer los componentes.....	134
5.6 Desarrollar las actividades.....	135

5.7 Planear los supuestos.....	137
5.8 Verificación de la lógica vertical.....	139
5.9 Proyectar los indicadores.....	139
5.10 Proponer medios de verificación.....	144
5.11 Verificación de la lógica horizontal.....	148
5.12 Memorándum.....	149
CONCLUSIONES GENERALES.....	152
Referencias.....	158

Cuadros

Tabla 1 Nacimientos por cada mil Mujeres en México	26
Tabla 2 Embarazos atendidos en la SSM 2015	30
Tabla 3 Comportamiento de los embarazos en mujeres adolescentes en Michoacán, desde el año 2010-2017	35
Tabla 4 Operacionalización de las Variables del Instrumento de Investigación	96
Tabla 5 Valor de cada respuesta de acuerdo con las preguntas de la entrevista	97
Tabla 6 Edad de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	103
Tabla 7 Edad de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	104
Tabla 8 Grado de escolaridad entre las mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	106
Tabla 9 Cómo influyó el grado de escolaridad de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	107
Tabla 10 Escolaridad su padre o tutor de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	108
Tabla 11 Como Influyó la Escolaridad su padre o tutor de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	109
Tabla 12 Que afiliación a algún servicio de salud tienen de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	110
Tabla 13 Como Influyó su afiliación a algún servicio de salud en las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	111
Tabla 14 Método anticonceptivo que más conocen las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	112

Tabla 15 Como Influyo el método anticonceptivo que más conocen para que quedaran Embarazadas las Mujeres Adolescentes en Morelia	113
Tabla 16 Conoce algún programa de gobierno para las Mujeres Adolescentes en Morelia	115
Tabla 17 Como influyó el programa de gobierno que conoces para las Mujeres Adolescentes en Morelia	116
Tabla 18 Quien le proporcione la primera información sobre sexualidad o salud reproductiva a las Mujeres Adolescentes en Morelia	117
Tabla 19 Como influyó quien le proporcione la primera información sobre sexualidad o salud reproductiva a las Mujeres Adolescentes en Morelia	118
Tabla 20 Establecer el Propósito	133
Tabla 21 Determinar el Fin	134
Tabla 22 Proponer los Componentes	134
Tabla 23 Desarrollar las Actividades	136
Tabla 24 Plantear los Supuestos	137
Tabla 25 Verificación de la Lógica Vertical	139
Tabla 26 Matriz de indicadores	140
Tabla 27 Medios de verificación	144
Tabla 28 Verificación de la Lógica Horizontal	148

Gráficas

Gráfico 1 Proyecciones de Población	23
Gráfico 2 Tasa de crecimiento media anual de la población por entidad federativa y periodo en el tiempo	24
Gráfico 3 Tasa de fecundidad adolescente	26
Gráfico 4 Distribución de adolescentes 10-19 años de edad en Michoacán	29
Gráfico 5 Embarazo adolescente en Michoacán	30
Gráfico 6 Evolución de Embarazos en adolescentes en Michoacán 2010/1017	34
Gráfico 7 Edad de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	103
Gráfico 8 Edad de Inicio de Vida Sexual	104
Gráfico 9 Nivel de Escolaridad	105
Gráfico10 Como Influyo el Grado de Escolaridad	106
Gráfico 11 Escolaridad del Padre o Tutor	107
Gráfico 12 Como influyo el grado de escolaridad de tu padre	108
Gráfico 13 Afiliación a Servicio de Salud	110
Gráfico 14 Como influyó la Afiliación al Servicio de Salud	111
Gráfico 15 Método anticonceptivo que más conoce y que allá utilizado	112
Gráfico 16 Como influyó el método Anticonceptivo para que quedara embarazada	113

Gráfico 17 Conoce algún Programa de gobierno para Jóvenes	115
Gráfico 18 Como influyó el programa de gobierno	116
Gráfico 19 Quien le proporciono la primera información sobre sexualidad o salud reproductiva	117
Gráfico 20 Como influyó la primera información para quedar embarazada	118

DIAGRAMAS

Diagrama 1. Árbol de problemas..... 131

Diagrama 2. Árbol de objetivos..... 132

Glosario

ARAP.-	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
CDC.-	Centro de Control de Enfermedades
CDI.-	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CELADE.-	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CENSIA.-	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA.-	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida
CEPAL.-	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNEGSR.-	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CONAPO.-	Consejo Nacional de Población (México).
CONAVIM	Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres
CONEVAL.-	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DOF.-	Diario Oficial de la Federación
EDS.-	Encuestas de Demografía y Salud
ENADID.-	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENAPEA.-	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GIPEA.-	Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

GpR.-	Gestión para Resultados.
IMJUVE.-	Instituto Mexicano de la Juventud
IMSS.-	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDESOL.-	Instituto Nacional de Desarrollo Social
INEGI.-	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INMUJERES.-	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP.-	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE.-	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGDNAM.-	Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
MIR.-	Matriz de Indicadores de Resultados
ONU.-	Organización de las Naciones Unidas
OPS.-	Organización Panamericana de la Salud
PROSPERA.-	Programa de Inclusión Social
SEDESOL.-	Secretaría de Desarrollo Social
SEGOB.-	Secretaría de Gobernación
SEMS.-	Subsecretaría de Educación Media Superior
SEP.-	Secretaría de Educación Pública
SE-SIPINNA.-	Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.
SGCONAPO.-	Secretaría General del Consejo Nacional de Población

SNDIF.-	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SS.-	Secretaría de Salud
TGF.-	Tasa Global de Fecundidad
UAM-Xoch.-	Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
UNFPA.-	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF.-	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
XIX.-	Siglo que comprende del año 1801 al año 1900
XVIII.-	Siglo que comprende del año 1701 al año 1800
XX.-	Siglo que comprende del año 1901 al año 2000

INTRODUCCIÓN

La importancia de investigar el tópico del embarazo adolescente, radica en profundizar el conocimiento, existencia y comportamiento, sobre todo lo que rodea y atañe a este importante sector de la población.

El embarazo no deseado entre las mujeres adolescentes en Morelia, Michoacán, no es un tema nuevo, es un tema que ha existido siempre, es un tema que ha preocupado poco a la sociedad, a los gobernantes y a diversas disciplinas científicas, y por supuesto entre ellas, a las Políticas Públicas. El concepto de adolescencia es una edificación social cuya definición es complicada de constreñir por la variedad de elementos y factores que intervienen en su composición; toda definición que ahora podamos emitir, va cambiando de acuerdo con el contexto histórico, cultural, político, familiar y social. Las formas de pensar en la adolescencia, diseñan un modelo fugaz de lo que es ser joven en cada momento. El adolescente de hoy se encuentra inmerso en un contexto social, político, social, ambiental y cultural cambiante, caracterizado principalmente por valores globales de sociedad como el consumismo e individualismo. La familia sigue jugando un papel fundamental como grupo primario generador de valores, sentidos y plan de vida de los adolescentes, pero se pueden ver afectados por estas nuevas circunstancias sociales, que repercuten en la formación y educación del adolescente y en sus relaciones para con la sociedad. El adolescente actual sufre las circunstancias y consecuencias por baja autoestima, un auto-concepto erróneo, autorresponsabilidad de sus actos y la autoafirmación de preocupaciones falsas, la identificación de la una verdadera satisfacción en el propio cuerpo o determinadas trivialidades externas, la rebeldía mal entendida hacia los demás y un comportamiento agresivo, sumado a la impaciencia, la ansiedad, el miedo al fracaso, la baja tolerancia y la incapacidad para construir relaciones recíprocas con los demás.

Si bien es cierto que la escuela es nuestra segunda casa, también es cierto que nuestra casa es nuestra primera escuela; la escuela se convierte en el lugar donde se despliegan y delinean nuevas formas de relaciones sociales además de

conocimiento positivo, donde el adolescente se encuentra con sus iguales y se hace parte de un nuevo rol de vida desconocido, pero marcado por la diversidad de personalidades y preferencias distintas a la de él y a las que se debe adaptar. En la escuela no solo ratificará conocimientos institucionalizados, sino también aquellos que pueda experimentar y vivenciar junto a sus compañeras y compañeros. Es aquí donde los adolescentes desarrollan la pertenencia o no hacia un grupo donde compartirán ideas, valores, moda, miedos, y en donde se le asigna un papel determinante a la amistad y a la sexualidad.

En esta etapa la sexualidad juega un papel relevante, debido a un conjunto de cambios biológicos, maduración de los lóbulos frontales, terminantes psicológicos, pensamiento formal, egocentrismo adolescente que tendrá consecuencias para toda la vida, además de la posibilidad de realizar relaciones de vida, socioculturales, de trabajo, así como nuevas demandas y retos sociales difíciles de comprender y asimilar en la adolescencia. Los cambios que sufre el adolescente son vividos y compartidos con sus pares; los adolescentes se reúnen entre sí, buscando respuestas y tratando de descubrir y conocer más, sobre los cambios que experimentan física y psicológicamente, a partir de las primeras relaciones afectivas, relaciones sentimentales y de sus primeras experiencias sexuales, experiencias que pueden derivar en situaciones tales como: las enfermedades de transmisión de sexual, violencia en el noviazgo y el embarazo no deseado en la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia conlleva cambios y consecuencias, que en esta etapa son más difíciles de afrontar. Los cambios físicos, psicológicos y sociales donde el adolescente, no está preparado para esta situación. Es por ello que comienza una etapa de asimilación de cambios que formarán parte de toda su vida y su desarrollo personal, donde necesitará atención de las personas que están a su alrededor y también de los profesionales que forman parte de la comunidad educativa.

Esta investigación tiene como objetivo Identificar cómo influye el grado de educación, la cobertura de servicios de salud y coordinación interinstitucional en

los índices de embarazos no deseados en adolescentes en Morelia, Michoacán. Generando conocimiento para mejorar las condiciones de los adolescentes y tratar de hacer un acercamiento lo más preciso, conciso y puntual de las causas, por las cuales se da el fenómeno de los embarazos no deseados entre mujeres adolescentes en la ciudad de Morelia, Michoacán; explicaremos y presentaremos una o varias respuestas a nuestra pregunta de investigación; cómo influye el grado de educación, la cobertura de servicios de salud y coordinación interinstitucional en los índices de embarazos no deseados en adolescentes en Morelia Michoacán, finalmente pondremos a prueba nuestra hipótesis donde proponemos que el grado de educación, la cobertura de servicios de salud y coordinación interinstitucional son determinantes para disminuir los índices de embarazos no deseados en adolescentes en Morelia, Michoacán. A través del análisis de correlación y regresión probabilístico donde la característica principal es identificar la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente y así dar respuesta a la pregunta de investigación.

Finalmente comentar que este proyecto de investigación de Embarazos no Deseados entre las Mujeres Adolescentes en la Ciudad de Morelia, Michoacán; esta dividió en 5 capítulos; en el primer capítulo está el fundamento de la investigación donde indicamos los antecedentes de la fecundidad en el mundo, su desarrollo y comportamiento, de fecundidad en adolescentes y sus complicaciones sociales. En el segundo capítulo nos acercaremos al estado del arte en cual se encuentra este tema. En el tercer capítulo los fundamentos metodológicos adecuados para este tema abordaremos el tema de los embarazos entre adolescentes observados en el trabajo de campo en la ciudad de Morelia, Michoacán. En el cuarto analizaremos los datos recabados en el trabajo de campo y finalmente en el capítulo cinco nuestra propuesta de política pública.

CAPÍTULO I.

FUNDAMENTOS DE LA

INVESTIGACIÓN

En este capítulo se abordara de manera puntual los antecedentes de la fecundidad en las adolescentes, realizando anotaciones de como se ha visto a este fenómeno demográfico desde principios del siglo XX. Visto como un cambio demográfico en cuanto a la estructura de edad y su auge en las décadas de los 70', 80' 90' y en este nuevo milenio, partiremos de la descripción a nivel mundial con datos de la organización mundial de la salud, del banco mundial y de las diferentes instituciones demográficas que atienden esta temática en cada país; haciendo diferenciaciones por continente, para después ver el tema por regiones y finalizar en nuestro país México.

Es evidente que en casi todos los países del mundo, hay aún un gran descenso de la fecundidad y se identifican claramente algunos factores que pueden acelerar dicho descenso que permitiría estar por debajo de la media mundial y esto a su vez permitiría un reemplazo en la estructura demográfica mundial, esto visto desde una perspectiva global y general, pero cuando separamos el tema demográfico en tiempo y particularidades de los diferentes grupos de edad de las mujeres ya en lo particular, observaremos que existen marcadas diferencias qué a nivel global o general es más difícil de apreciar.

En este contexto veremos porque es abordado como un problema, el tópico de fecundidad en adolescentes, sus posibles causas y también sus posibles soluciones.

En un intento de recopilar evidencia empírica de como se observa este tema demográfico a lo largo del tiempo y del espacio, aunque es algo compleja por los múltiples factores e intervenciones, aunado a la vertiginosa y cambiante realidad de los jóvenes.

1.1 Antecedentes

El siglo XX se ha caracterizado por profundos cambios demográficos mundiales, la fecundidad es uno de los principales componentes del crecimiento de población y del cambio en la estructura por edad. En este marco el seguimiento de la fecundidad es de mucha importancia, por ser el componente que más influye en los cambios de la población (Alcañiz, 2008).

Veamos como en los países que hoy se consideran como desarrollados fueron los primeros en experimentar un descenso de la fecundidad. Ellos incluyen todos los países europeos (incluyendo la Federación Rusa), Canadá y Estados Unidos en América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Japón. Si bien en algunos de estos países el descenso de la fecundidad empezó a fines del siglo diecinueve o principios del veinte. El proceso se aceleró durante los últimos 25 años del siglo veinte y, por consiguiente, la fecundidad en varios de ellos era ya relativamente baja en la década de 1920-1930. Durante los años treinta, la fecundidad en varios países europeos, Canadá y Estados Unidos alcanzó niveles muy bajos y la Segunda Guerra Mundial contribuyó a mantener tales niveles hasta alrededor de 1945. Sin embargo, el fin de la guerra trajo consigo un aumento considerable en la fecundidad cuando los nacimientos que habían sido pospuestos durante los años de conflicto empezaron a ocurrir (Schoijet, 2007).

Por consiguiente, los niveles de fecundidad de los países desarrollados se mantuvieron a nivel moderado hasta fines de los años cincuenta y principios de los sesenta y es por esto que durante 1950-1955 la mayoría de los países desarrollados presentaban niveles de fecundidad muy por encima del nivel de reemplazo a principios de los años cincuenta. En 1939 de los 40 países desarrollados tenían una tasa global de fecundidad de más de 2,1 hijos por mujer y 16 de ellos tenían una tasa global de fecundidad superior a 3 hijos por mujer (Schoijet, 2007).

En cambio, entre los países en vías de desarrollo, la situación era muy distinta. Al principio de la década de los cincuenta, la mayoría de los países en vías de desarrollo tenían una tasa global de fecundidad de por lo menos 5 hijos por mujer. Sin embargo, en la mayoría de los países en vías de desarrollo comenzaría una transición hacia una fecundidad baja durante la segunda mitad del siglo veinte, aunque no todos iniciarían la transición al mismo tiempo o experimentarían un descenso de la fecundidad al mismo ritmo (Schoijet, 2007).

También es importante destacar que en la mayoría de los países en desarrollo, el descenso de la fecundidad ocurriría después de un largo período en que la fecundidad se habría mantenido estable y, en algunos casos, hasta habría aumentado antes de comenzar a disminuir (Schoijet, 2007).

El nivel de fecundidad alcanzada en el período 1995-2000, permite identificar la etapa de la transición hacia una baja fecundidad en que se encuentra cada grupo de países. Nótese que se hace una distinción entre los países que experimentaron una reducción de la fecundidad desde niveles altos más de 5 hijos por mujer en los años cincuenta a niveles de 3 hijos por mujer o menos en años recientes, y por otra parte los países que ya en los años cincuenta tenían niveles moderados de fecundidad (Schoijet, 2007).

Si las pautas seguidas por los países desarrollados son imitadas por los países en desarrollo, puede esperarse que la fecundidad de los primeros decline por debajo del nivel de reemplazo y mantenga esos bajos niveles por períodos prolongados (Schoijet, 2007).

En las últimas décadas América Latina ha pasado por cambios demográficos, sociales, económicos, políticos y culturales de gran magnitud, que se aceleran en la era de la globalización. Entre todos estos, los cambios demográficos no han sido los menos importantes y se insertan en el denominado proceso de transición demográfica (Schoijet, 2007).

Si bien el concepto de transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas, como por el hecho de que constituye una propuesta de establecer una relación entre la dinámica demográfica y los factores sociales, económicos, políticos y culturales (Alcañiz, 2008).

Esto no quiere decir, que la relación postulada sea de un determinado tipo, con un determinado grupo de variables, o en una sola dirección. Los países difieren en el momento de inicio y en el ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como en otras variables estrechamente relacionadas con estas. No obstante las diferencias, hay un cierto consenso en que la transición demográfica se ha dado en el seno de transformaciones sociales y económica ocurridas en la región, aunque la relación entre esa transición y esos cambios sea compleja y difícil. La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento y con niveles también bajos en las respectivas tasas (Partida, 2005).

En todos los países de la región de América Latina, hay aún un gran potencial para el descenso de la fecundidad y que existen factores que pueden acelerar dicho descenso por debajo del nivel de reemplazo, pero en cuánto tiempo y hasta qué nivel es más difícil de apreciar. Todo parece indicar, sin embargo, que el descenso es inevitable e irreversible (Partida, 2005).

La educación tiene todavía un papel importante que cumplir; dado que hay una relación estrecha entre educación, edad al casarse y número de hijos, el creciente acceso a la educación por parte de las mujeres puede resultar en un incremento, en el número de mujeres que postergan la edad a la primera unión y, por lo tanto, la edad al nacimiento del primer hijo y, eventualmente, en un descenso en el número de hijos al final del ciclo reproductivo (Partida, 2005).

Por otra parte, la mortalidad infantil, aún elevada en algunos sectores sociales, podría descender en forma significativa, sin que necesariamente medien cambios importantes en las condiciones de vida, aumentando de este modo el número de hijos sobrevivientes, lo que permite alcanzar el número deseado de hijos con un menor número de nacimientos. Además, aún existe una gran subutilización de anticonceptivos modernos y eficientes. Su uso aún puede ampliarse notablemente en todos los sectores sociales, pero especialmente en aquellos de mayor fecundidad, cuando las mujeres se decidan o se atrevan a disminuir la brecha entre el número de hijos que tienen y el que manifiesta a través de sus intenciones reproductivas (Partida, 2005).

El aumento en el acceso a los métodos anticonceptivos, la difusión de políticas más integradas de planificación familiar o directamente de los medios que logren satisfacer la demanda actualmente insatisfecha de acceso en los servicios de salud, así como eventuales perspectivas de legalización del aborto podrían, por su parte, llevar la tasa global de fecundidad a nivel adolescente hacia el descenso, aún por debajo del nivel de reemplazo (Partida, 2005).

Existe consenso entre los estudiosos de los temas de población en que no se puede hablar sólo de la transición, que describe cambios en los componentes promedio de una población, sino de las transiciones, lo que se cumple también para el caso particular de la fecundidad. Esto es válido cuando se hace referencia a la heterogeneidad existente entre países, y también cuando se considera cada país por separado, dado el comportamiento demográfico diferencial de los distintos sectores sociales o áreas de residencia (Partida, 2005).

Los cambios en el comportamiento de las variables demográficas son diferentes entre los países, en consecuencia, los movimientos de personas entre diferentes sectores de la población afectan positivamente o negativamente, es decir por la movilidad social. Dado que los cambios demográficos han estado ligados, en parte importante, a las conductas de los mencionados estratos medios y altos, existe la expectativa de que las tendencias futuras estén ligadas fundamentalmente a lo que ocurra en los grupos más numerosos (Alcañiz, 2008).

1.2 Problema de la fecundidad en adolescentes

Podemos ubicar que a partir del año de 1970, se detona el gran impulso a las investigaciones, tanto de orientación biomédica, como social, sobre fecundidad y embarazo adolescente. La ola comienza en los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos, llega a nuestra región alrededor de una década más tarde, y toma impulso definitivo hacia fines de esa década. El surgimiento del interés por el tema en ese momento histórico fue justificado de diversas maneras (CELADE, 2004).

Las tasas de fecundidad entre las menores de 20 años eran consideradas altas y vistas como un problema social e individual, sin entrar en consideraciones sobre las diferencias culturales, (hay sociedades en las que la maternidad a edad temprana es la norma aceptada e incluso alentada) ni de ciclo vital. La preocupación se justificaba por el aumento de la fecundidad adolescente; los datos, sin embargo, no daban sustento a este argumento, ya fuera por ausencia o porque indicaban estabilidad o tendencias contrarias a las postuladas (CELADE, 2002).

También el riesgo para la vida y la salud, para la madre y el hijo provendría de una maternidad temprana. Sin embargo, a fines de la década de los 70 había investigaciones que evidenciaban que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo provenían en gran medida de la falta de cuidados médicos y de deficiencias nutricionales debidas a su situación económica, las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres o al descuido de la propia salud y no a la edad de las madres en sí misma. Una compilación reciente de los estudios realizados en México sobre madres adolescentes, demostró que corren riesgos importantes o significativamente superiores a los de las adultas (Alcañiz, 2008).

La preocupación por la fecundidad adolescente también se fundamentaba en las desventajas, para la madre y el hijo, provenían de ser una madre soltera. Sin embargo, en muchas sociedades, la mayor parte de las madres adolescentes son casadas o unidas consensualmente al momento de tener el hijo, aunque a

menudo la unión o casamiento son posteriores al embarazo, pero anteriores al nacimiento (Stern, 1997).

Finalmente se sostenía que convertirse en madre en la adolescencia conducía a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico bajo (Hayes, 1987), argumento relacionado con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza (Stern, 1997).

Sin embargo, la evidencia puede ser leída en forma inversa, es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma más general, serían las precarias condiciones socioeconómicas preexistentes las que explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no (Stern, 1997).

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden ser concebidos como una serie de sucesos en forma de círculo, que van desde lo más alejado, a lo más próximo a la conducta misma, el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales (CELADE, 2004).

A nivel macro-social podemos mencionar las pautas culturales, la condición socioeconómica, los roles de género, la condición étnica y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. También parte del contexto social, pero más próximas al individuo, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad (docentes, grupos de pares), son factores de peso, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud (en particular en salud sexual y reproductiva) y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. Ciertas características de los sujetos determinan grados de vulnerabilidad a una fecundidad precoz: su edad, su situación socioeconómica y en particular su nivel de educación (CELADE, 2004).

Finalmente, percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas y a una fecundidad temprana. No todos los

aspectos enunciados han sido estudiados, como tampoco abunda el abordaje empírico de la relación entre ellos (CELADE, 2004).

Una de las fuentes de datos más importantes sobre la fecundidad en general son las Encuestas de Demografía y Salud, realizadas a mujeres de 15 a 49 años. Si bien las encuestas más antiguas tienen poca información de interés para este trabajo, las realizadas a partir de mediados de la década del 90 incorporan secciones destinadas específicamente a la fecundidad adolescente o de las mujeres de 15 a 24 años, a veces sumamente escueta y otras con tablas mal concebidas, que no explotan adecuadamente la información (CELADE, 2004).

Otros datos sólo se presentan para las mujeres en unión, dejando de lado a las solteras, con la consecuente pérdida de información crucial. Las encuestas realizadas por equipos locales de varios países y apoyadas por el Center for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos también son una fuente de información interesante. Estas, como las EDS, sólo interrogan a mujeres a partir de los 15 años; se pierde así al segmento más joven, para quienes el embarazo y la maternidad son más conflictivos (CELADE, 2004).

Los censos parecen una fuente de información, en aquellos casos en que se ha preguntado el número de hijos de las mujeres. Esta fuente permite relacionar la fecundidad con otras características de la mujer y del hogar que serían de mucho interés, aunque solamente para las fechas censales, espaciadas un mínimo de 10 años (Alcañiz, 2008).

La tasa de fecundidad adolescente promedio en el mundo se estima en 49.7 por cada mil, pero esta tasa está lejos de reflejar la diversidad de experiencias existentes (Alcañiz, 2008).

Los países con los niveles más altos, son los mayores a 200 por cada mil son: Liberia, Níger, Sierra Leone, Somalia y Uganda, estos países se ubican en África, donde la tasa de fecundidad adolescente promedio supera los 100 por cada mil (Alcañiz, 2008).

En Asia ese promedio se estima en 35 por cada mil, un valor mucho menor que el de África, semejante al de Oceanía 32.3 por cada mil y bastante superior al de Europa 20.3 por cada mil. El promedio asiático esconde la existencia de países con tasas superiores a 100 por cada mil como son Afganistán, Bangladesh, Nepal, Yemen y países con los niveles más bajos de fecundidad adolescente del mundo Japón, China, las dos Coreas, Singapur, similares a los de algunos países europeos como Holanda, Suiza, Italia, España y Suecia, entre otros, todos con tasas entre el 3 y el 6 por cada mil (Alcañiz, 2008).

Con un nivel muy similar al promedio mundial se ubica Estados Unidos 53.2 por cada mil y por arriba de dicho promedio se encuentra el de América Latina y el Caribe 72.4 por cada mil, región en la cual conviven países con tasas superiores a 100 por cada mil como Guatemala, Honduras y Nicaragua; con otros con fecundidad adolescente relativamente baja Guadalupe, Martinica y varios en un rango intermedio (Alcañiz, 2008).

La relevancia de elaborar estudios que describan la situación general los jóvenes en México se justifica, por lo menos, en dos razones. La primera es la importancia crítica que la adolescencia y la juventud tienen, no sólo como etapas formativas para la vida adulta, sino como fases con dinamismo y significado propios, cruciales para el desarrollo de los individuos y de la sociedad. La segunda razón es el peso específico que este grupo de población tiene en el escenario demográfico actual y lo que ello representa para el presente y futuro del país en términos de desarrollo (Alcañiz, 2008).

La diversidad de circunstancias en las que los individuos transitan por la adolescencia es muy compleja, lo cual ha llevado al reconocimiento de las juventudes, aludiendo a la pluralidad de formas en que se experimenta un estadio de la vida en función de contextos variables (CONAPO, 2010).

Las diferentes condiciones que enfrentan los jóvenes en el mundo, los pueden llevar, cuando esto es posible, a prolongar su dependencia económica y existencial con sus padres, en aras de una acumulación mayor de recursos

morales y materiales, o bien, a desempeñar roles productivos propios de la vida adulta desde edades relativamente tempranas. En uno u otro caso, es claro que las y los jóvenes no son sólo un potencial futuro, sino activos agentes de cambio social tanto en la actualidad como en años venideros (CONAPO, 2010).

La disminución en los niveles de fecundidad, y en general la transición demográfica por la que ha pasado México durante las últimas décadas, no sólo ha tenido efecto en el volumen y dinámica de la población joven; también ha transformado la estructura por edad de la población total llevándola a una clara tendencia al envejecimiento. Es decir al aumento, por un lado, de la proporción de población de mayor edad y a la reducción, por el otro, de los grupos etarios más jóvenes (CONAPO, 2010).

1.3 Planteamiento del problema

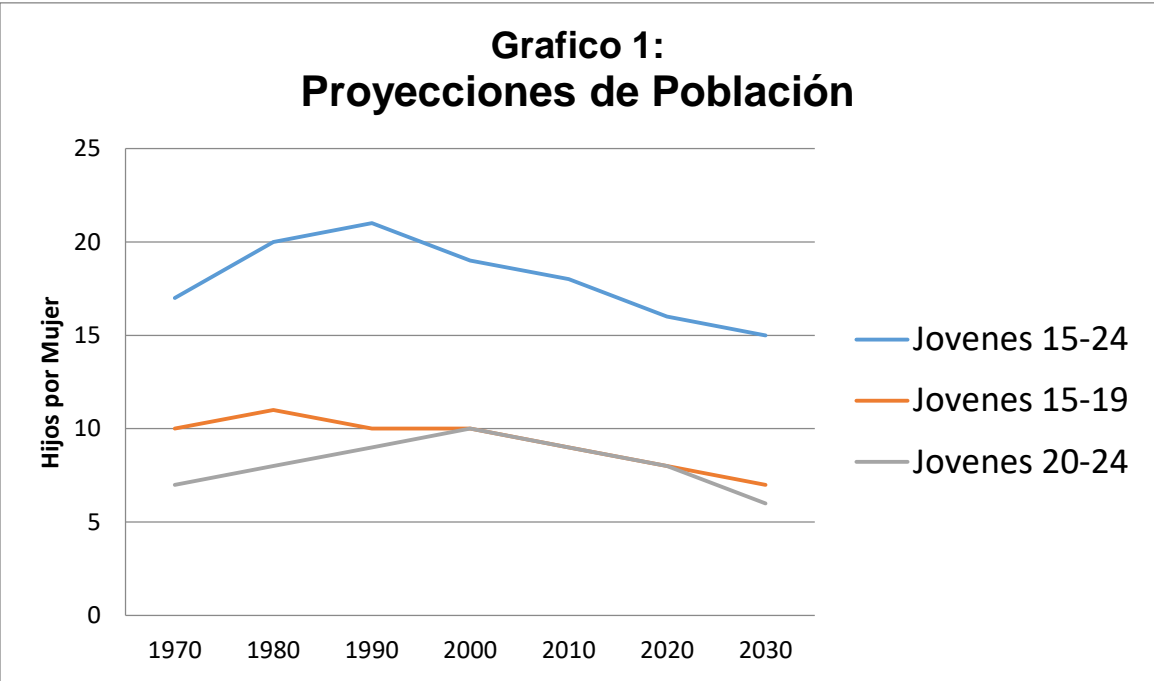
México es uno de los países en Latinoamérica donde se presenta un mayor número de embarazos de adolescentes. Hace falta mucha conciencia y mucha educación para lograr un cambio de esta situación. Los y las adolescentes en edad cada vez más temprana, viven el drama de la maternidad no deseada, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Aunado a ello la falta de alguna preparación para la maternidad llegan a las mujeres y esta imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales (Girard, 1986).

Al hablar del incremento o descenso de la fecundidad en México, se debe tomar como punto de partida el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la información y disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de salud. Esto permite que mujeres y hombres planificar mejor sus vidas, sus familias y sobre todo el nivel de bienestar social, específicamente sobre el número de hijos que desean tener y el momento en el que los desean, a la vez, la disminución de la fecundidad en adolescentes permitirá minimizar los riesgos de salud de las mujeres y de los niños (Ruiz, 2010).

El descenso de la fecundidad y una mayor disponibilidad de programas de planificación familiar, redundan en efectos positivos en el desarrollo de la población y del país, pues éstos generalmente se ven acompañados por un incremento en la participación económica de las mujeres, una mayor inversión pública en el cuidado de la salud (Ruiz, 2010).

En la actualidad, se observa una separación progresiva entre el desarrollo biológico de la adolescente y la madurez psicosocial, pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía (primera menstruación) en las mujeres, lo que les permite ser madres a edades más tempranas en algunos casos desde los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a darse en edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere una adolescente para llegar a ser autodependiente en ambos sentidos (Aguirre, 1994).

El consejo nacional de población efectúa una proyección de población para tratar de medir y controlar los hijos por mujer al paso de los años por venir, esto permite diseñar políticas públicas poblacionales.

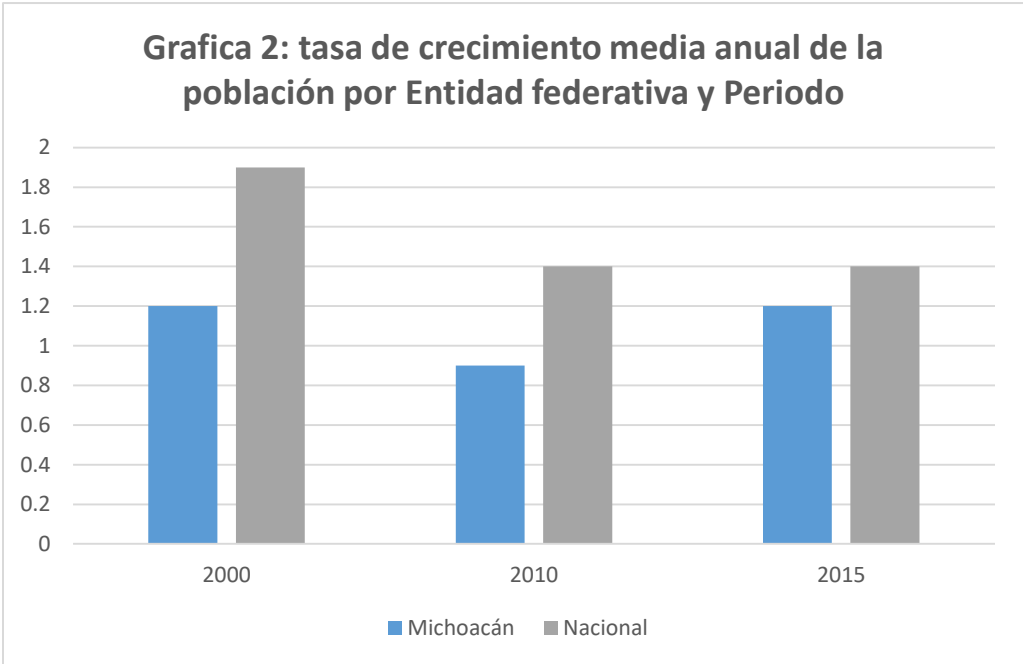


Fuente: Elaboración propia con base a las Estimaciones de CONAPO, 2005-2030.

Tomando en cuenta las tendencias antes descritas, así como los retos que se han considerado dentro de las políticas públicas, se espera que la fecundidad continúe disminuyendo: pasará de 2.38 hijos por mujer en 2010 a 2.24 en 2020 y a 2.20 en 2030. Como consecuencia del descenso y las prioridades establecidas para las poblaciones con mayores rezagos, se espera que las diferencias entre las entidades federativas se reduzcan (CONAPO, 2014).

Así por ejemplo, la fecundidad de Michoacán se irá aproximando a la del Distrito Federal, entidad que durante el periodo de proyección tendrá la TGF más baja (1.79 en 2020 y de 1.78 en 2030).

La probabilidad de tener un mayor número de hijos está relacionada con la edad de la mujer. De las madres que aún se encuentran en su adolescencia (12 a 19 años), 85.2% tienen un solo hijo. En las madres jóvenes de 20 a 29 años, el porcentaje con un solo hijo disminuye a 46.5% y aumenta a 34.9 % la proporción de mujeres que tienen dos hijos. Una de cada dos (51.9%) madres de 30 a 49 años tienen tres o más hijos, situación que ocurre en 76.8 % de las mujeres madres de 50 y más años.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI, 2010.

Tomando en cuenta las tendencias antes descritas, así como los retos que se han considerado dentro de las políticas públicas, se espera que la fecundidad continúe disminuyendo: pasará de 2.38 hijos por mujer en 2010 a 2.24 en 2020 y a 2.20 en 2030. Como consecuencia del descenso y las prioridades establecidas para las poblaciones con mayores rezagos, se espera que las diferencias entre las entidades federativas se reduzcan.

Entre 1990 y 2010, en Michoacán, al igual que en décadas pasadas, este indicador muestra una tendencia descendente aunque las reducciones son cada vez menores; en el primer quinquenio de los años noventa se observó un decremento de 0.5 hijos por mujer, ya que de 3.84 hijos en 1990 se redujo a 3.33 hijos por mujer para 1995 (CONAPO, 2005).

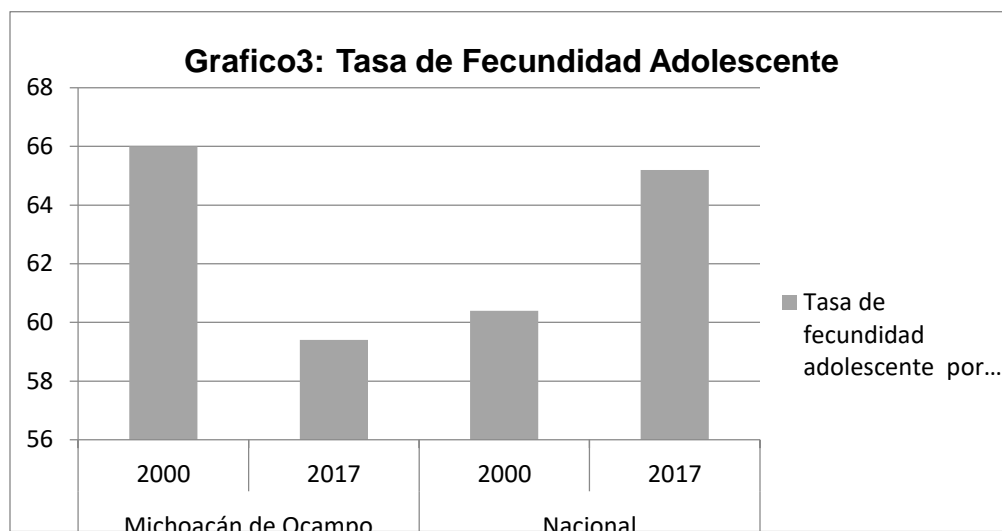
La probabilidad de tener un mayor número de hijos está relacionada con la edad de la mujer. De las madres que aún se encuentran en su adolescencia (12 a 19 años), 85.2% tienen un solo hijo (Welti, 2005).

En las madres jóvenes de 20 a 29 años, el porcentaje con un solo hijo disminuye a 46.5% y aumenta a 34.9 % la proporción de mujeres que tienen dos hijos. Una de cada dos (51.9%) madres de 30 a 49 años tienen tres o más hijos, situación que ocurre en 76.8 % de las mujeres madres de 50 y más años (Welti, 2005).

La fecundidad es uno de los eventos demográficos que inciden en la estructura y composición de la población y las mujeres, por su condición biológica, son el centro de atención para la medición de este tema (Welti, 2005).

Los niveles de fecundidad en el país han mantenido un descenso constante desde finales de la década de 1960, momento en el que se registraba su máximo histórico con valores por encima de los siete hijos por mujer, para posteriormente descender a partir del cambio en las políticas de población y del impulso de los programas de planificación familiar que reorientaron las pautas reproductivas de la población (Welti, 2005).

La tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años disminuirá de 61.2 nacimientos por cada mil adolescentes estimados en 2010 a 59.0 nacimientos en 2020 y a 58.4 nacimientos 2030 en según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (ENADID, INEGI, 2014).



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI 2014.

Pero estas estimaciones hechas por la Comisión Nacional de Población a finales de los años noventa, no concuerdan con los datos recabados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Tabla 1.- Nacimientos por cada mil mujeres en México

Grupos de Edad	ENADID 1992	ENADID 1997	ENADID 2009	ENADID 2014
15 a 19	82.1	74.3	70.9	77
20 a 24	117.9	147.9	129.9	126
25 a 29	166.7	154.1	116.6	113.1
30 a 34	118.8	97.5	82.4	77.2
35 a 39	73.8	55.2	39.4	38.1
40 a 44	24.7	18	10	10
45 a 49	3.5	2.9	1	0.6

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI 2014.

Como observamos en la gráfica anterior todos los índices de fecundidad han disminuido casi en todos los grupos quinquenios a excepción del quinquenio correspondiente a la edad de 15 a 19 años que si bien ha disminuido en el 2009, pero también se ve un repunte en los últimos años; un aumento, que significativamente es la preocupación de diversos sectores sociales en México, por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, y sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes (INEGI, 2014).

Ante esta verdadera situación de aumento en el grupo correspondiente a la edad de 15 a 19 años, es que no se ha podido llegar a saber o comprender, como enfrentar los problemas de los adolescentes, hoy en día y después de revisar muchas veces el contexto, la conclusión es que distamos mucho de tener un panorama claro del fenómeno, y de porqué de la incidencia de los embarazos en adolescentes, ante este problema público, es necesario actualizar las investigaciones y el conocimiento existentes a fin de proponer medidas más adecuadas para enfrentarlo (INEGI, 2014).

El problema que se presenta principalmente para las mujeres adolescentes embarazadas, es que están transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta y a la crisis de la adolescencia desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales, se le suma la crisis del embarazo que es una crisis secundaria provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez para las que no se han desarrollado totalmente (Della, 2005).

Otra de las características que afecta es las costumbres culturales sobre todo, en áreas rurales hay poblaciones en donde no hay más expectativa de vida que casarse y tener hijos; en ocasiones, los jóvenes no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia en temas como la sexualidad, lo que puede traer como consecuencia embarazos no deseados, además se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar

del mundo del trabajo y del mundo escolar, si la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares y/o laborales. Así, al embarazarse no se le puede exigir como al resto, porque ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos (Della, 2005).

Desde un enfoque social, diversos estudios señalan que este tipo de embarazo cambia el proyecto de vida de las adolescentes y provoca un abandono obligatorio de sus metas futuras por la necesidad de afrontar nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo del bebé y muestran una maternidad irresponsable, pues no están preparadas (psicológicamente) para cumplir su rol de madre ni enfrentar una estabilidad familiar (Della, 2005).

En México en 2017 vivían 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años, prácticamente la mitad (11.3 millones) tiene de 10 a 14 años y 11.1 millones entre 15 y 19. La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de las personas y se espera que se transite hacia un desarrollo digno y autónomo, con gran capacidad de decisión sobre su destino (CONAPO, 2014).

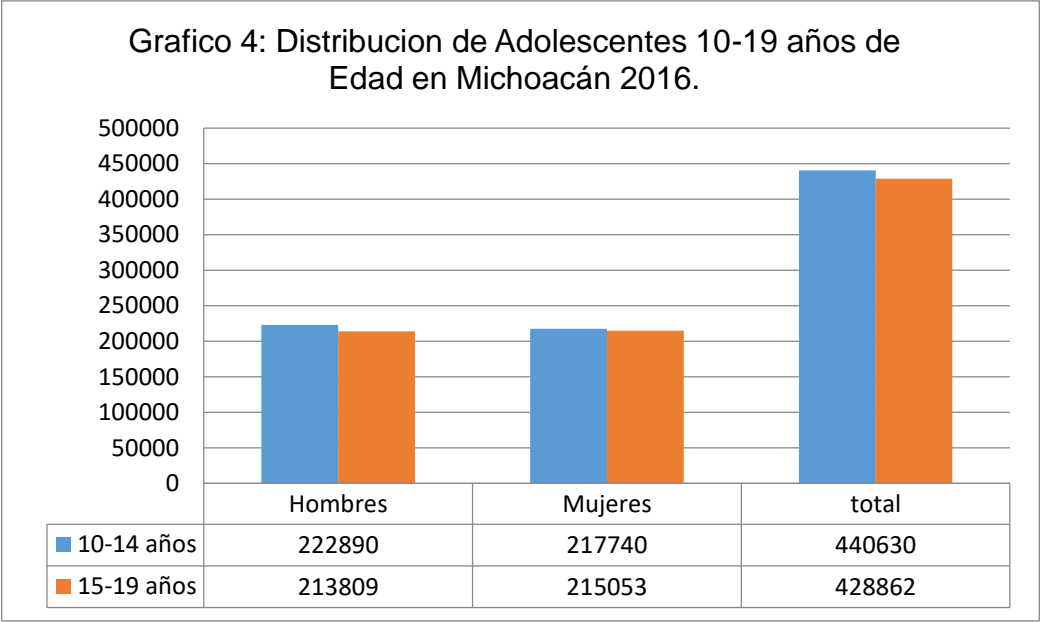
Conocer las barreras a las que se enfrenta este sector de la población, lleva a comprender, que se requieren acciones precisas para transformar rezagos estructurales en materia de educación, salud, salud sexual, empleo, uniones tempranas, violencia y otros, que ponen a esta población en situación vulnerable y en riesgo de tener limitaciones en su condición de vida, tal es el caso del embarazo adolescente (CONAPO, 2014).

Una adolescente embarazada tiene dos veces más riesgo de morir por causas relacionadas al parto o al embarazo; tiene tres veces más riesgo de que sus hijas e hijos mueran durante los primeros 28 días. Además, cuatro de cada 10 mujeres adolescentes que se embarazan dejan la escuela (CONAPO, 2014).

La maternidad y la paternidad tempranas limitan las oportunidades laborales de las mujeres y los hombres a trabajos circunscritos a unas pocas ocupaciones y casi siempre son empleos no formales y poco remunerados. El embarazo

temprano afecta el potencial de desarrollo, el empoderamiento, la participación y el ejercicio de ciudadanía de las adolescentes. Muchas madres menores de 18 años están unidas, por lo regular, en relaciones de subordinación, con lo que se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia (CONAPO, 2014).

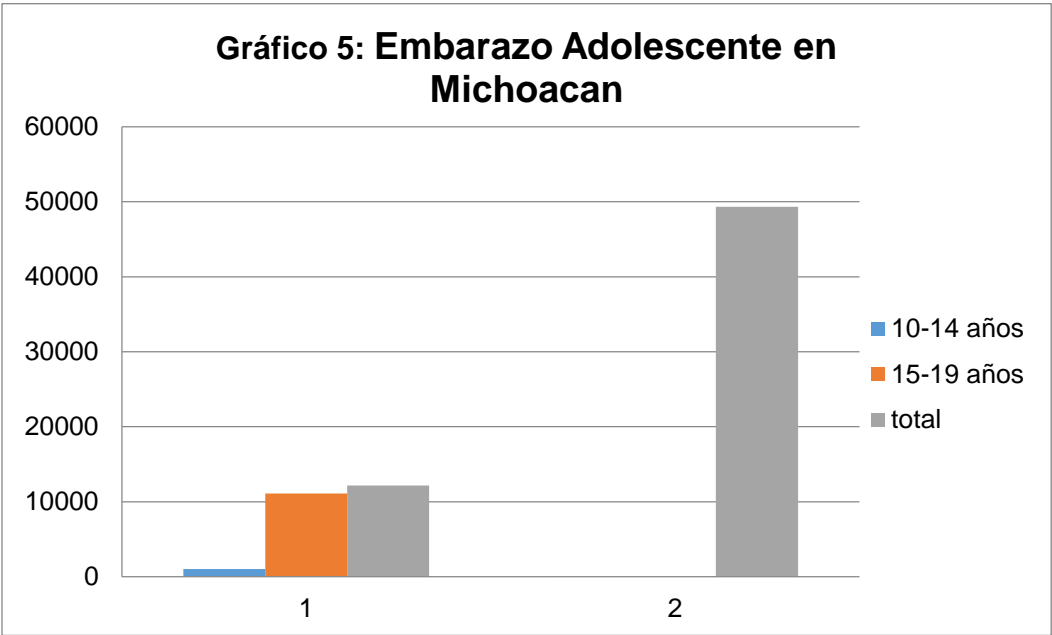
De ese universo de 4,627,902 habitantes que existe en Michoacán, 869,492 adolescentes (10 a 19 años), esto representa el 18.78% de la población. Este comportamiento de la fecundidad representa un reto enorme para el gobierno del estado, ya que se estima que ocurren más de 18 mil embarazos en este grupo de edad (Secretaría de Salud de Michoacán, 2014).



Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA de Michoacán, 2017.

Con una tasa de 83.5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad en la entidad y de 77 a nivel nacional, Michoacán se ubica 5 puntos por arriba del promedio nacional. Situación que lo ubica en el octavo lugar entre los estados con mayores tasas de fecundidad adolescente. Los estados que presentan mayores tasas de fecundidad adolescente son: Coahuila, Nayarit, Zacatecas, Oaxaca, Chiapas, Durango y Chihuahua (INEGI 2015,).

El embarazo adolescente, se ha convertido en un problema de salud pública en el estado de Michoacán ya que entre el 20% y 30% de las mujeres en gestación tienen entre 11 y 18 años de edad y, en promedio se registran 18 mil embarazos cada año, cifra que lo ubica en el octavo lugar a nivel nacional (SSA, 2017).



Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, de Michoacán 2015.

Tabla 2: Embarazos atendidos en la SSM 2015		Total % en embarazos
10-14 años	1050	2.12%
15-19 años	11120	22.54%
Total	12170	49315

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, de Michoacán 2015.

El embarazo en la adolescencia es a todas luces un evento traumático e inesperado para las y los jóvenes, sus familias y para la sociedad en general. Esta problemática se viene incrementando y son muchos los factores de riesgo que requieren ser analizados y trabajados para prevenirlos. Diversas evaluaciones y observaciones sustentan que las mayorías de los embarazos en adolescentes son no deseados (Monterrosa, 1998).

No se conoce la cuantificación real del embarazo en la adolescencia, lo que podemos medir es la maternidad en la adolescencia. El embarazo y la maternidad en la adolescencia suelen llevar al abandono escolar, falta de educación, pérdida en la capacidad de contribuir con independencia económica (Monterrosa, 1998).

Analizar el embarazo en adolescentes como un problema público, no es sencillo ya que se atañen, no solamente a personas (adolescentes), las familias de los adolescentes involucrados y a la sociedad en su conjunto. Pretendemos hacer una revisión profunda acerca de la verdadera naturaleza de este problema social, en educación, salud y coordinación gubernamental, sobre la manera como se investiga y como se actúa al respecto (Monterrosa, 1998).

Partiremos de un contexto general, que es la juventud, que edades comprenden las etapas de la juventud, cuáles son las principales afectaciones en el sector juvenil, analizaremos la importancia de los jóvenes en la construcción de políticas públicas en educación, salud y coordinación gubernamental; a partir de ahí haremos un planteamiento del problema, desde donde veremos la importancia del porque atenderlo como un problema público, en este proyecto de investigación, daremos algunos argumentos que no se consideran generalmente, para prevenir al embarazo adolescente (Monterrosa, 1998).

No hay duda que el embarazo en adolescentes y esto contribuye al crecimiento de la población esto no es el problema, el problema está, en que el índice de los embarazos en los adolescentes, ha crecido de una de manera desmesurada, esto se constituye en un factor negativo para el bienestar presente y futuro de la sociedad y por tanto, definirse como un problema público legítimo. Indicaremos argumentos para definir este fenómeno como un problema público, y sus efectos adversos sobre la salud, educación y la ocupación de la madre adolescente (Stern, 1997).

Uno de los argumentos que ha recibido mayor respaldo, es aquel que ve en el embarazo adolescente, un mecanismo que contribuye a la baja calidad humana, limita las posibilidades de obtener una escolarización suficiente, por lo que, limita

las posibilidades de obtener un empleo bien remunerado, lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado, correcto y digno (Stern, 1997).

Existe una tendencia a considerar que la situación del embarazo y la maternidad/paternidad durante la adolescencia no es adecuada, además que produce efectos adversos en la salud. Mientras a otras edades el embarazo se considera un fenómeno normal y se entiende que proseguir con él o interrumpirlo es en última instancia una decisión personal o a dirimir más o menos democráticamente en el ámbito de la pareja. En el caso de los jóvenes el término embarazo casi siempre va acompañado por el de riesgo, considerado como un evento adverso a su edad, pues no tomar las precauciones necesarias puede conllevar un conflicto fisiológico entre sexualidad y el embarazo, ambos conceptos, son riesgosos en sí, especialmente para las mujeres. La expresión embarazo adolescente de nota inmediatamente una valoración negativa y se genera un problema, sobre el cual la opinión de los adultos padres, maestros, médicos, comunicadores, planificadores y políticos (Stern, 1997).

El embarazo en adolescentes contribuye al crecimiento de la población y en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto, su atención y definición como un problema público (Stern, 1997).

Se presenta en mayor proporción en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo. La principal preocupación son los efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño. Además de que se presenta en mayor frecuencia en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios (Stern, 1997).

Como ya lo comentamos el embarazo adolescente tiende a ser provocado por determinantes varias y variadas condiciones sociales y culturales, esto limita las

posibilidades de obtener un empleo conveniente, lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos de tal modo que esta situación se perpetúa como un círculo vicioso. El embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, lo cual se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza (Stern, 1997).

Podemos comenzar a encontrar los factores correctos y asociados del porque se da el embarazo adolescente, puede ser partir del inicio de relaciones sexuales y a la ausencia de cuidados nos daría la clave para comprender este fenómeno y concientizar a los jóvenes sobre lo desventajoso de la maternidad/paternidad antes de los veinte años y por consiguiente estimular cambios de comportamientos. Si bien son claras las causas que motivan la preocupación por las infecciones de trasmisión sexual, dicha preocupación no es suficiente para frenar el aumento de embarazos entre adolescentes (Stern, 1997).

La adolescencia, definida como un periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, psicológicamente pasa de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación (Stern, 1997).

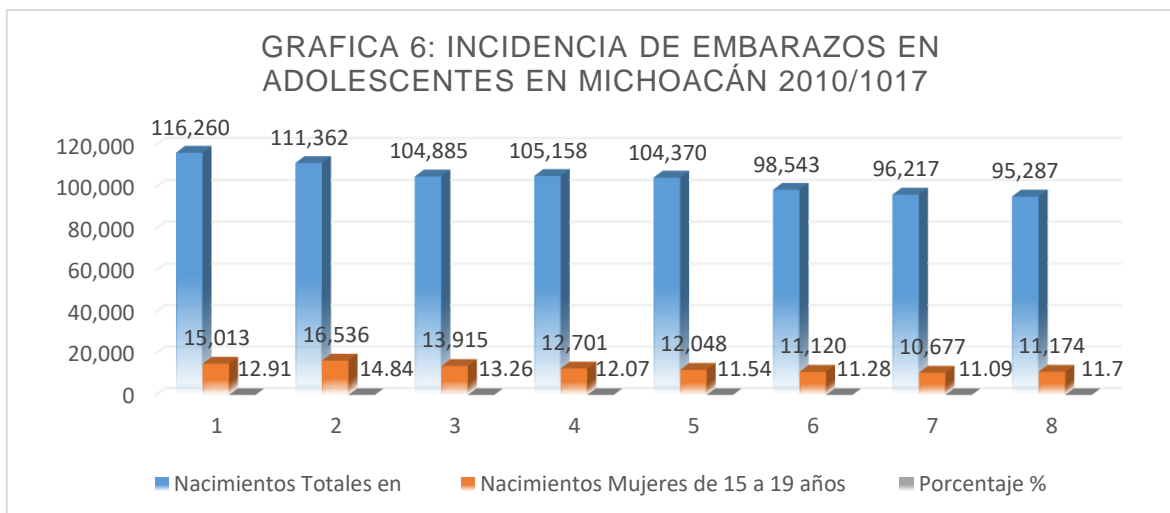
En las sociedades occidentales actuales el embarazo adolescente es destacado porque afecta negativamente a los jóvenes involucrados, a sus familias y a la sociedad en general. Las personas jóvenes rompen con la seguridad de lo infantil, cortan con sus comportamientos y valores de la niñez, comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad; ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje (FNUAP, 1997).

Conforme al texto de la Ley General de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes en México, en su Artículo 5 a la letra dice.- Son niñas y niños los menores de doce años y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad (LGDNAM 2014).

En tal sentido, se plantea la mayor exposición de las embarazadas en edades tempranas a sufrir problemas de salud durante la gestación y el parto, asociados con aspectos biológicos y sociales que, a su vez, repercuten en la salud y el desarrollo de los hijos, y con otras situaciones difíciles, como la maternidad solitaria, suspender prematuramente los estudios, ser subempleada y tener menos estabilidad en las relaciones de pareja (Stern, 1997).

El embarazo adolescente no deseado o no planificado es señalado, en la generalidad de las publicaciones especializadas existentes, como una negación de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, por cuanto que no les permite ejercer su sexualidad de manera informada para que ello no se constituya en un riesgo para su salud y un obstáculo para la realización de sus proyectos de vida (FNUAP, 1997).

En esta propuesta de investigación, tiene que ver con hacer un riguroso análisis, sobre qué produce el aumento de embarazos en adolescentes en nuestro Estado de Michoacán, en especial el fenómeno en la ciudad de Morelia; pero visto desde otra perspectiva, es decir como la educación, salud y coordinación gubernamental impacta en la población de los adolescentes para prevenir o no el fenómeno del embarazo adolescente (Stern , 1997).



Fuente: Elaboración propia datos, INEGI y SSA en Michoacán, 2015

Tabla 3: Comportamiento de los embarazos en mujeres adolescentes en Michoacán, desde el año 2010-2017.

Año	Nacimientos Totales	Nacimientos Mujeres de 15 a 19 años	Porcentaje %
2010	116,260	15,013	12.91
2011	111,362	16,536	14.84
2012	104,885	13,915	13.26
2013	105,158	12,701	12.07
2014	104,370	12,048	11.54
2015	98,543	11,120	11.28
2016	96,217	10,677	11.09
2017	95,287	11,174	11.7
Totales	832,082	103,184	12.33%

Fuente: Elaboración propia datos, INEGI y SSA en Michoacán, 2015

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece como embarazo adolescente a la condición de maternidad que se produce en edades tempranas; es decir, es aquella gestación prematura que presentan las jóvenes que no han culminado su maduración tanto psicológica como biológica, acentuando así una condición de riesgo no solo por las posibles dificultades durante la gestación y el parto sino porque ello también vulnera su posición en la sociedad.

Partiendo de esta afirmación podemos hacernos las siguientes preguntas de investigación:

1.4 Pregunta general

¿Cómo influyó el grado de escolaridad, la cobertura de servicios de salud y la coordinación interinstitucional en el número de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes en la ciudad de Morelia (Michoacán) durante el período 2015-2018?

1.5 Objetivo general

Identificar cómo influyó el grado de escolaridad, la cobertura de servicios de salud y la coordinación interinstitucional en el número de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes en la ciudad de Morelia (Michoacán) durante el período 2015-2018.

1.6 Hipótesis de Investigación

El grado de escolaridad, la cobertura de servicios de salud y la coordinación interinstitucional determinaron un menor número de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de la ciudad de Morelia (Michoacán) durante el período 2015-2018.

1.7 Variables

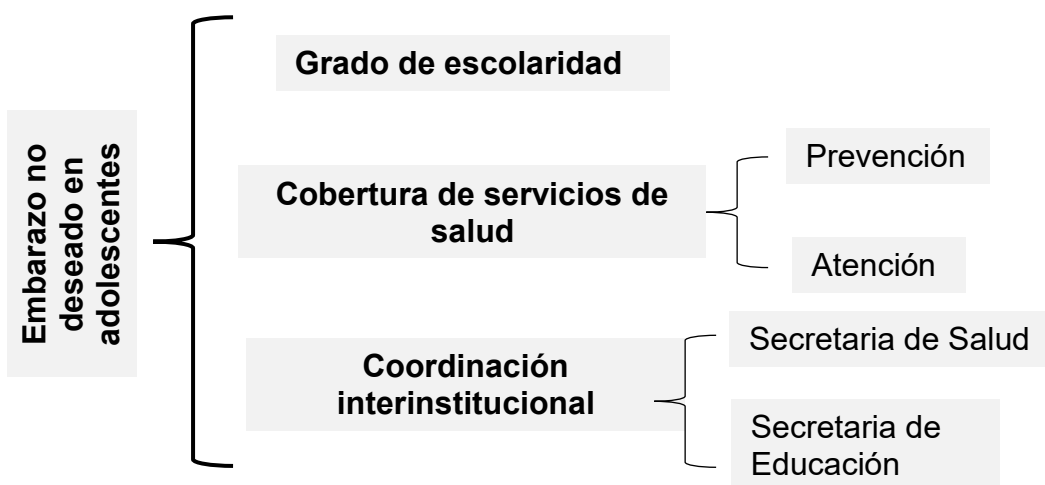
$$Y = f(X1, X2, X3)$$

Y = Embarazo no deseado en adolescentes

X1 = Grado de escolaridad

X2 = Cobertura servicios de salud

X3 = Coordinación Interinstitucional para adolescentes



1.8 Justificación

Las personas jóvenes rompen con la seguridad de lo infantil, cortan con sus comportamientos y valores de la niñez, comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad; ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje. Una de las principales causas de la deserción escolar se debe a la negativa por parte de algunas instituciones a aceptar a las adolescentes por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. Dejar la escuela antes del tiempo es un grave error, porque se la está condenando a cambiar drásticamente de vida, y además se le está privando de lo más importante: crearse un saber y una cultura que le servirán para resolver su vida de una manera satisfactoria. Con esto, las capacidades y oportunidades de los adolescentes se ven recortadas de manera drástica, y sus riesgos de salud aumentan. La mayoría de ellos además estará condenada a vivir en situación desfavorecida o incluso en pobreza (Hamodi & Jiménez, 2018).

La salud de las y los adolescentes, deben ser un factor clave para el progreso social, económico y político de nuestro país, la salud se destaca más hoy en día, por el tema del aumento del embarazo a temprana edad, como un tema de atención prioritario en México, debido a que es un problema de salud pública que implica múltiples consecuencias a nivel social e individual ya que repercute en las relaciones personales y en los ámbitos de salud, educación y economía. Por otro lado también se ve a la salud de las y los adolescentes como un problema poblacional debido a que amplía las brechas sociales y de género, puesto que tiene repercusiones en la educación, en su proyecto de vida, en la economía y las relaciones sociales y culturales de las adolescentes (Hamodi & Jiménez, 2018).

El embarazo no deseado entre las adolescentes causa entre otras cosas la posibilidad de:

1.- Una adolescente embarazada tiene dos veces más riesgo de morir por causas relacionadas al parto o al embarazo (ENAPEA, 2017).

2.- La maternidad y la paternidad tempranas limitan las oportunidades laborales de las mujeres y los hombres a trabajos circunscritos a unas pocas ocupaciones y casi siempre son empleos no formales y poco remunerados (ENAPEA, 2017).

3.- Tiene tres veces más riesgo de que sus hijas e hijos mueran durante los primeros 28 días (UNICEF, 2009).

4.- Muchas madres menores de 18 años están unidas, por lo regular, en relaciones de subordinación, con lo que se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia (ENAPEA, 2017).

5.- Cuatro de cada 10 mujeres adolescentes que se embarazan dejan la escuela para siempre (PROJOVEN, 2012).

6.- Las madres adolescentes tiene un 60% de probabilidad de tener su segundo hijo antes de los 18 años.

Desde el enfoque de la salud se observa que la madre tiende a padecer, principalmente debido a su inmadurez física, diversas complicaciones como: complicaciones obstétricas y relacionadas con el embarazo, mortalidad y morbilidad materna, bajo peso, aborto en condiciones de riesgo entre otras consecuencias por un embarazo a temprana edad. Por lo anterior el Gobierno tiene que ponerse a trabajar para cambiar esta situación y desarrolle adolescentes responsables.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

2.1 Definiciones de adolescentes

El concepto de adolescencia que subyace en un estudio es socioculturalmente relativo. Pero también puede ser un periodo de vida situado entre la niñez y la edad adulta, la adolescencia es un concepto bastante variable; la adolescencia no se reconoce como diferente de la juventud en algunas culturas y sectores de la población, y el concepto de adolescencia puede no ser reconocido como tal (Stern, 2004).

La adolescencia ha sido en general, definida desde diferentes enfoques biológicos, sociológicos, psicológicos, pedagógicos o bien demográficos. Desde la sociología, hay un consenso más o menos generalizado, que ve a la adolescencia como una construcción histórica asociada estrechamente a la prolongación de la vida escolar y la democratización de la educación. La adolescencia es ese campo abierto a la educación, ese tiempo de latencia social que crea la evolución de las sociedades modernas (Stern, 2004).

La adolescencia es una de las etapas más complejas del ser humano, un periodo de transición de la niñez a la edad adulta y en la que hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. Es un periodo de evolución que implica numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales. (Stern, 2004).

Los adolescentes experimentan diversos estados de ánimo: ansiedad, desesperación, entusiasmo repentino, preocupación escolar, deseo de libertad, soledad, rebeldía, rabia, intolerancia; y comienzan a sentir atracción de tipo erótico y en algunos casos a tener fantasías suicidas. Según Freud, el adolescente experimenta una lucha emocional en la que su libido ya no está orientada hacia sus padres, sino hacia otro tipo de objetos o sujetos; de acuerdo a su teoría, es inevitable que un adolescente tenga sentimientos narcisistas cuando ningún objeto externo lo está caracterizando (Carrasco & González, 2006).

Otras emociones que se presentan en el adolescente son la urgencia por satisfacer sus necesidades y muy poca tolerancia a la frustración. El adolescente suele presentar conflictos emocionales, por ejemplo, querer encerrarse en su cuarto y aislarse del mundo exterior; por lo que se puede afirmar que comienza a presentar un signo de madurez cuando puede pasar tiempo a solas sin sentir soledad (Aberastury & Knobel, 1993).

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal (NOM-047.SSA2-2014).

La adolescencia es una etapa compleja, donde las decisiones y conductas que tomen los y las adolescentes en su sexualidad y la salud sexual y reproductiva, dependerán de las oportunidades económicas, laborales, educativas, oferta de anticoncepción, situación socioeconómica, características personales, normas sociales e influencia del medio o contexto social en que viven y crecen. La adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia (Carrasco & González, 2006).

2.2 Definiciones de fecundidad.

Se define la Fecundidad como la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica en cualquier especie. La fecundidad, es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Incluye el sexo, identidades, papeles de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Puede incluir todas estas dimensiones, aunque no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Es esencial, constitutiva e inherente a todos los humanos, independiente de su condición física, mental y se expresa desde antes de nacer hasta la muerte, estando influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Las fecundidad, desde el punto de vista de la sexología, se pueden definir como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos (OMS, 2006).

La fecundidad abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita sólo a coito o penetración. Incluye, en general, cualquier contacto que suponga excitación sexual con o sin orgasmo, como abrazos, masajes, caricias o besos en el cuerpo pero no en los genitales, caricias en la zona genital, sexo oral y penetración, con o sin eyaculación dentro de la vagina (Mendoza & Claros & Peñaranda, 2016).

En contraste, la pobreza debido a un mayor número de miembros en el hogar toma un mayor tiempo en desarrollarse. Por esto, en un enfoque de corto plazo, asumimos que el ingreso causa fecundidad, sin desconocer que la doble interacción existe (Barrera & Higuera, 2004).

Rodríguez, 2003 presenta un impacto modesto, pero estadísticamente significativo, de la educación sobre fecundidad en varios países de Latino América y

el Caribe. La edad es un componente fundamental en la sexualidad de los individuos. El ciclo de vida sexual induce una relación cóncava entre edad y fecundidad según la cual la probabilidad de embarazo aumenta con la edad, y comienza a disminuir a mediados de los treinta años. La oferta laboral también afecta fundamentalmente la fecundidad. Por supuesto, es posible que el nacimiento de un niño induzca a los adolescentes a incorporarse en la fuerza laboral, lo cual hace explícito otra vez el problema de la doble causalidad (Rodríguez, 2003).

Finalmente, el estado civil, la presencia de un compañero, o el uso de anticonceptivos tienen un impacto inmediato en fecundidad. Tener un compañero, o estar casada, aumenta el riesgo de embarazo; el uso de anticonceptivos lo disminuye (Rodríguez, 2003).

Usar nuevas bases de datos para analizar qué factores inciden en la probabilidad de embarazo/maternidad de adolescentes. Permite estudiar principalmente variables individuales, a pesar que también indaga sobre variables comunitarias. Así mismo, investiga las consecuencias de embarazo adolescente en educación y trabajo. Específicamente se analiza si el embarazo/maternidad adolescente conlleva, por una parte, deserción estudiantil, y por otra, aumento de la oferta laboral. En esta medida, este estudio se suscribe a una rama teórica sobre vulnerabilidad de los individuos y hogares (CEPAL, 2000).

La fecundidad adolescente coloca al individuo en una posición de pobreza. Este estudio analiza dos canales de transmisión de embarazo / maternidad adolescente a pobreza. Por un lado, el embarazo/maternidad adolescente puede conllevar deserción estudiantil, la cual se traduce en un bajo nivel de capital humano y en un bajo nivel de ingresos futuros. Por otro lado, el embarazo / maternidad puede conllevar a una oferta laboral temprana en la vida. Esto puede mitigar en el corto plazo el problema inicial de ingreso. En el largo plazo es posible que dicha estrategia conlleve a perpetuar la colocación del adolescente en determinado tipo de puestos, con bajos ingresos y poca movilidad laboral (Rodríguez, 2003).

2.3 Definiciones de embarazo adolescente.

Es embarazo en adolescentes a aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental (OMS, 2007).

En la literatura se señala tres tipos de variables co-determinantes de la fecundidad en adolescentes: variables de política a niveles nacionales, variables al nivel de comunidad y variables del hogar e individuales (Mendoza & Claros & Peñaranda, 2016).

Dentro de las variables de política nacional están las campañas de educación sexual, salud y usos de anticonceptivos. Por supuesto, campañas nacionales efectivas tienden a reducir la tasa de fecundidad global de la población. Por ejemplo, Flórez (1994) encuentra un impacto de los programas de Profamilia en el comportamiento reproductivo. A su vez, Darroch encontraron que el uso de métodos anticonceptivos era más importante en explicar embarazo adolescente que la actividad sexual (Welti, 2006).

Las variables comunitarias comprenden a su vez instituciones informales y variables socioeconómicas de la misma comunidad. Dentro del arreglo institucional informal de la comunidad estarían los códigos intrínsecos de conducta, los cuales inciden en, por ejemplo, la actitud de la comunidad ante relaciones sexuales, embarazos por fuera del hogar, familia con una sola cabeza. Claramente estas variables, si bien difíciles de capturar, juegan un papel decisivo en las decisiones reproductivas de los jóvenes. A su vez, las variables comunitarias socioeconómicas son, la oferta laboral femenina en la comunidad o instituciones en la comunidad que ofrezcan anticonceptivos. Por su parte, una institución de planificación familiar activa en la comunidad puede tender a disminuir la probabilidad de embarazo (Welti, 2006).

El centro de análisis de este estudio son las variables del hogar e individuales como determinantes de la fecundidad adolescente. El debate sobre la definición de hogar y familia es amplio. Para este documento, se toma la definición de familia de Murdock (1975), según la cual la familia es un grupo social caracterizado por la residencia común, la cooperación económica y la reproducción (Welti, 2006).

El ingreso del hogar puede ser un determinante fundamental de la fecundidad adolescente por varios motivos. En primer lugar, un mayor nivel de ingreso está correlacionado con un mayor nivel de educación de los padres y madres, lo cual puede incidir en una mayor información sobre control conceptual. En segundo lugar, un mayor ingreso puede llevar a un mayor acceso a educación de mejor calidad (Welti, 2006).

En efecto, Rodríguez, 2003 presenta evidencia de esta relación para varios países de América Latina y el Caribe. La dirección de causalidad entre ingreso y fecundidad no es evidente, así como no es evidente la causalidad entre fecundidad y un número importante de variables.

El embarazo no deseado representa un riesgo entre adolescentes. El 59% de embarazos terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos abortos involuntarios (Rodríguez, 2003).

El 15% de abortos en el mundo (cifra que está alrededor de los 2 millones) ocurren en mujeres de 15-19 años de edad (United Nations, 2014). El embarazo en la adolescencia, principalmente, en menores de 15 años, se puede asociar a complicaciones durante la gestación, parto y puerperio. Los aspectos biológicos inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis, entre otros, psicológicos y socioculturales en la adolescente embarazada, repercuten en su resultado perinatal, con sus correspondientes consecuencias para la salud pública y de costos, tanto para la madre como para la familia y la sociedad (Mendoza & Claros & Peñaranda, 2016).

Los riesgos para resultados adversos entre las adolescentes embarazadas son mayores en comparación con las mujeres de más edad, incluyendo desnutrición, tabaquismo, abuso de sustancias, anemia, malaria, VIH/SIDA e ITS (Vogel y otros, 2015).

Las adolescentes se encuentran más desfavorecidas en el mantenimiento de un embarazo saludable, debido a un nivel bajo de educación de salud, además la falta de acceso a la atención prenatal, del parto, especializada u otro servicio de salud; a ello se suman los problemas económicos del embarazo. Un embarazo en una adolescente, puede contribuir a la dificultad para terminar la educación, aislamiento social, falta de apoyo familiar, oportunidades de empleo más pobres, feminización de la pobreza y transmisión intergeneracional de la pobreza consecuente. Esta agrupación de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que las adolescentes embarazadas enfrentan, aumentan el riesgo de mortalidad y morbilidad grave durante el embarazo y el parto (United Nations, 2014).

Desde el punto de vista estrictamente demográfico, cada vez hay un mayor aporte a la tasa global de fecundidad de las mujeres menores de 20 años a la fecundidad total, se ve como una problemática que adquiere significado por sus efectos sobre el crecimiento de la población y hace evidente la necesidad de actuar sobre la edad al nacimiento del primer hijo si se pretende mantener el descenso de la tasa global de fecundidad una vez que proporciones importantes de mujeres se han incorporado a la práctica de la anticoncepción (Welti, 2006).

El inicio temprano de la maternidad como una manifestación de una situación ligada a la falta de oportunidades de desarrollo de la población adolescente con amplios sectores de la población, merece el interés en la investigación de las causas de esta problemática, más allá de sus implicaciones demográficas, porque se supone que hay una gran proporción de niñas en condiciones desventajosas se convierten en madres al tener un acceso limitado a la educación o el trabajo y entran al círculo vicioso de la pobreza (Welti, 2006).

Cualquiera que haya sido el objetivo de estudiar la fecundidad adolescente, los resultados de la investigación en esta área hacen evidente la necesidad de actuar sobre la fecundidad temprana y nuevamente aparecen los argumentos relacionados con la salud en el centro de los programas de acción en materia de población (Welti, 2006).

El análisis de la fecundidad adolescente desde la perspectiva de la salud reproductiva, se limita a considerar el embarazo temprano como un problema derivado de una falta de información o acceso a los servicios de planificación familiar, relegando a segundo término o incluso ignorando el valor de la maternidad para la población femenina sin oportunidades de realización por la vía de la educación o el trabajo (Welti, 2006).

Partir del concepto que refiere la NOM-047-SSA2-DOM-2014, la adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal y si le agregamos una información limitada, poco clara e ineficiente sobre que es la fecundidad, donde la OMS en 2016 que nos dice que la fecundidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Incluye el sexo, identidades, papeles de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Puede incluir todas estas dimensiones, aunque no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Es esencial, constitutiva e inherente a todos los humanos, independiente de su condición física, mental y se expresa desde antes de nacer hasta la muerte, estando influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

2.4 Grado de escolaridad.

La educación es fundamental para todos, a menudo manifestamos nuestro deseo de aprender algo. Para poder afirmar que un hecho se debe a un proceso de aprendizaje tiene que ser relativamente estable. Se debe a la experiencia y difiere bastante dependiendo de cada persona y cada situación. La teoría de Bandura hizo hincapié en el papel de las variables sociales y unió la perspectiva conductista con la cognitiva, enfoque que prioriza el estudio de los procesos mentales. Afirma que casi todas nuestras conductas se adquieren por observación e imitación. Tenemos la última palabra a la hora de decidir cómo queremos actuar, pero los modelos a los que estamos expuestos nos influyen mucho.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño. El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada (Mendoza y Cols. 2016).

No obstante esta realidad, existe escasa investigación sistemática sobre el efecto del embarazo precoz en la deserción escolar. Existen aún menos estudios en el grupo de adolescentes que ha desertado antes del embarazo. Sólo algunos estudios epidemiológicos señalan en sus aspectos socioculturales, datos de incidencia de deserción escolar por causa de embarazo (Mendoza y Cols. 2016).

Ha sido tradición en muchos países obligar al abandono escolar a las adolescentes que quedan en embarazo. El embarazo de una adolescente ha sido visto como una influencia desfavorable para los demás alumnos y como una señal

de desprestigio para el centro educativo. El abandono escolar suele ser definitivo en muchas adolescentes, lo cual conllevará una ausencia de calificación que antecederá un porvenir oscuro dentro del campo laboral. La ausencia de capacitación lleva a subempleo, a permanecer en un bajo status social con pocas oportunidades al progreso. La nula o baja remuneración empeorará el entorno familiar, impidiendo la adecuada solicitud de atención en salud tanto para la madre como para el hijo (Monterrosa, 1998).

Existen 3 teorías que permitirían revertir los embarazos entre adolescentes son las siguientes:

2.4.1. Las teorías del aprendizaje

Conductismo: se basa en los cambios observables en la conducta del sujeto. Se enfoca hacia la repetición de patrones de conducta hasta que estos se realizan de manera automática (Watson, 1913). Cognoscitivismo: se basa en los procesos que tienen lugar atrás de los cambios de conducta. Estos cambios son observados para usarse como indicadores para entender lo que está pasando en la mente del que aprende (Piaget, 1920). Constructivismo: se sustenta en la premisa de que cada persona construye su propia perspectiva del mundo que le rodea a través de sus propias experiencias y esquemas mentales desarrollados. El constructivismo se enfoca en la preparación del que aprende para resolver problemas en condiciones ambiguas (Valenzuela, 2003).

Pavlov es un psicólogo y fisiólogo ruso célebre en la historia de la psicología por sus aportaciones al conductismo, buscaba las respuestas del secreto del aprendizaje en laboratorios bajo condiciones tremendamente estrictas.

El conductismo deseaba demostrar que la psicología es una auténtica ciencia. Los protagonistas de sus experimentos eran ratas, palomas o el famoso perro de Pavlov. Dentro de este enfoque destacan conductistas como Skinner, Thorndike, Tolman o Watson. Pavlov defendía el condicionamiento clásico, según este tipo, el aprendizaje se produce cuando se asocian más o menos al mismo tiempo dos

estímulos, uno incondicionado y otro condicionado. El incondicionado provoca una respuesta natural en el cuerpo y el condicionado la empieza a desencadenar cuando se vincula al anterior.

Esta teoría también explica otros procesos como la generalización de los estímulos, saber que todos los semáforos en verde nos dicen que podemos cruzar, o la extinción, cuando dejamos de dibujar porque ya no nos dan premios en el colegio (Valenzuela, 2003).

Estas ideas han dado lugar a innumerables investigaciones posteriores, pero también han suscitado diversas y agudas críticas. Este tipo de aprendizaje es demasiado rígido para explicar gran parte de las conductas humanas. Nuevos modelos siguen revisando estos pensamientos (Valenzuela, 2003).

El conductismo, como teoría de aprendizaje, puede remontarse hasta la época de Aristóteles, quien realizó ensayos de "Memoria" enfocada en las asociaciones que se hacían entre los eventos como los relámpagos y los truenos. Otros filósofos que siguieron las ideas de Aristóteles fueron Hobbs 1650, Hume 1740, Brown 1820, Bain 1855 y Ebbinghaus 1885 Black, 1995.

La teoría del conductismo se concentra en el estudio de conductas que se pueden observar y medir (Good y Brophy, 1990). Ve a la mente como una caja negra en el sentido de que la respuesta a estímulos se pueden observar cuantitativamente ignorando totalmente la posibilidad de todo proceso que pueda darse en el interior de la mente. Algunas personas claves en el desarrollo de la teoría conductista incluyen a Pavlov, Watson, Thorndike y Skinner.

La teoría de Vigotsky estudia dos líneas de desarrollo mental: el desarrollo natural (espontáneo, biológico) y el desarrollo artificial (social, cultural), los cuales están estrechamente relacionados entre sí. En el ámbito de la educación el más importante es el desarrollo artificial, La educación es el desarrollo artificial del niño, ya que no solamente se limita a las actividades de desarrollo cognitivo, sino también a las funciones del comportamiento. La educación no se reduce

solamente a la adquisición de información, sino también es una fuente de desarrollo artificial (Valenzuela, 2003).

Entre ellos se localiza la Zona de Desarrollo Próximo, que se interpreta como el espacio en el que gracias a la interacción y la ayuda de otros, una persona puede trabajar y resolver un problema o realizar una tarea de una manera y con un nivel que no sería capaz de mostrar individualmente (Valenzuela, 2003).

Son múltiples las modalidades de la asistencia adulta en la zona de desarrollo próximo; entre ellas figuran la imitación de las actitudes, los ejemplos presentados al niño, las preguntas de carácter mayéutico hasta descubrir conceptos, el efecto de la vigilancia por parte del adulto y también la colaboración en actividades compartidas como factor constructor del desarrollo. En cada alumno y para cada contenido de aprendizaje existe una zona que está próxima a desarrollarse y otra que en ese momento está fuera de su alcance (Ortiz, 2008).

La relevancia del papel de la educación y de contar con un alto nivel de escolarización, se hace patente si se considera que los recursos invertidos en educación logran un retorno social y privado más alto (CEPAL, 2002), puesto que los años adicionales de educación se traducen en importantes ahorros de recursos públicos y privados, abatimiento de los índices de pobreza y marginación, recomposición del entorno de bienestar social, mejor inclusión y adaptación del individuo a la sociedad y a la familia, salvaguarda y enriquecimiento del capital cultural, incremento en las oportunidades de encontrar trabajos bien remunerados, decremento en las pérdidas salariales al acceder a nuevos empleos, disminución de la brecha salarial entre mujeres y hombres, reducción del subempleo, así como del número y duración de los períodos de desempleo, entre otros.

Es decir, el umbral educativo para revertir la tendencia de pobreza y garantizar una alta probabilidad de un acceso mínimo al bienestar a lo largo del ciclo de vida abarca, por lo menos, 12 años de estudios formales (CEPAL, 2009).

Estudios realizados en diferentes países de la región (Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay), dan cuenta de que en América Latina hay una conciencia generalizada respecto a que la retención escolar, en los años de estudios equivalentes al nivel medio superior mexicano, es uno de los principales retos de los sistemas educativos. Según datos de la CEPAL, en el 2002 el 37% de los adolescentes latinoamericanos de entre 15 y 19 años abandonaron la escuela antes de terminar sus estudios secundarios, e incluso se sostiene, a partir de los datos que aporta tanto el Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL) como la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI, 2009), que menos de la mitad de los jóvenes de 20 años consiguen terminar el nivel medio en Latinoamérica (CEPAL, 2009).

El embarazo adolescente un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado) lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, de tal modo que esta situación se perpetúa como un círculo vicioso ((Ortiz, 2008).

Este estudio permite conocer con precisión y detalle numerosas variables y circunstancias que influyen en la interrupción y en el abandono de los estudios en el nivel medio superior. En consecuencia, ofrece información que invita a las comunidades escolares a tomar decisiones y emprender acciones que den continuidad y vigencia cotidiana a los programas que se han puesto en marcha recientemente en el ámbito del Gobierno Federal y los gobiernos estatales (Ortiz, 2008).

2.4.2. La Teoría de aprendizaje experiencial

La Teoría de Aprendizaje Experiencial (“Experiential Learning Theory”) se centra en la importancia del papel que juega la experiencia en el proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva, el aprendizaje es el proceso por medio del cual construimos conocimiento mediante un proceso de reflexión y de dar sentido a las experiencias. Siguiendo esta línea, los desarrollos de David Kolb se centran en explorar los procesos cognitivos asociados al abordaje y procesamiento de las experiencias, en identificar y describir los diferentes modos en que realizamos dicho proceso, esto es, los diferentes estilos individuales de aprendizaje (Krugliak, 1970).

- El proceso de aprendizaje, las etapas por las que pasamos cuando aprendemos algo;
- Los modos en que adquirimos nueva información y la transformamos en algo significativo y utilizable;
- Los estilos individuales de aprendizaje, que son los diferentes modos en que tendemos a abordar el proceso de aprendizaje (Krugliak, 1970).

Según Kolb, para que haya un aprendizaje efectivo, idealmente deberíamos pasar por un proceso que incluye cuatro etapas. Kolb esquematiza este proceso por medio de un Modelo en forma de rueda llamado Ciclo del Aprendizaje. Básicamente, las cuatro etapas del ciclo serían:

- 1) Hacemos algo, tenemos una experiencia concreta;
- 2) Luego reflexionamos sobre aquello que hicimos, sobre la experiencia, estableciendo una conexión entre lo que hicimos y los resultados obtenidos (etapa de observación reflexiva);
- 3) A través de nuestras reflexiones obtenemos conclusiones o generalizaciones, que son principios generales referidos a un conjunto de circunstancias más amplias que la experiencia particular (etapa de conceptualización abstracta);

2.4.3 La teoría de la motivación en el estudiante

Desde la perspectiva del rezago educativo, el fracaso o bajo rendimiento escolar responde a la falta de motivación. Esto quiere decir que la motivación influye en el éxito o fracaso de lo que se realiza puesto que está directamente relacionado con el comportamiento (Orozco & Rojas, 2017).

Según Aguado (2005), la motivación tiene un sentido interno en el individuo, pues normalmente se relaciona con estados internos del individuo, como deseos, apetitos, impulsos o necesidades. En sí misma, la motivación contiene aquellos estados internos que tienen que ver con las distintas manifestaciones de la conducta. La motivación es lo que impulsa la conducta. Una conducta sustentada en una fuerte motivación es menos probable que se deje vencer, por lo que tener un alto nivel de motivación aumenta la resistencia a los efectos negativos de no obtener lo esperado o deseado (Orozco & Rojas, 2017).

Aguado también señala que la motivación puede ser intrínseca, es decir, cuando el impulso por hacer nace del interés por obtener algo; por otro lado, la motivación extrínseca se presenta cuando se tiene el propósito de conseguir algo externo o de evitar un castigo; o sea, que la motivación puede tener una orientación distinta dependiendo de cada caso. Esta orientación es situacional, es decir, se refiere a los motivos subyacentes a la conducta mostrada (Orozco & Rojas, 2017).

A partir de sus investigaciones, Vázquez define a la motivación como aquello que impulsa al organismo hacia la acción, y la separa en dos motivos: motivos innatos o primarios y motivos secundarios o aprendidos. Los motivos innatos se entienden como las necesidades fisiológicas, es decir, hambre, sed, frío y calor, con la finalidad de encontrar un equilibrio entre el medio del organismo interno y el externo, mientras que los motivos secundarios son aquellos que dependen de un organismo en particular y que se van aprendiendo a partir de estímulos que se transmiten de una cultura a otra. Un ejemplo de motivo secundario es el gusto por la música (Orozco & Rojas, 2017).

Los docentes deben facilitar experiencias a los jóvenes que tengan relación con sus necesidades y gustos, para así interesarlos en las actividades de aprendizaje en el aula y mantenerlos motivados. Si se desea motivar es importante considerar el lenguaje del individuo al cual se dirige. El lenguaje se expresa de maneras distintas, por lo que resulta clave elegir las lecturas adecuadas y las actividades que permitan al alumno expresar sus ideas. El estudiante necesita encontrar los métodos adecuados para acercarse a los objetos de conocimiento (Orozco & Rojas, 2017).

Por su parte, la autora Sonia Abarca (2006) menciona que todos los responsables de la educación, padres de familia, educadores, iglesia, entre otros, deberían comprometerse más con la salud mental de los jóvenes al apoyar el derecho a la información, la libre expresión, el cuidado al medio ambiente, el uso de las nuevas tecnologías, el respeto a la vida, entre otros aspectos (Orozco & Rojas, 2017).

Para poder motivar es importante conocer las aptitudes y aspiraciones de cada individuo, y así asignarle trabajos que vayan de acuerdo a sus posibilidades, necesidades y preferencias (Orozco & Rojas, 2017).

2.5 Cobertura de servicios de salud.

La salud es uno de los pilares en el desarrollo de humano. Por lo tanto los progresos en el sector de cuidado de la salud de las personas son y han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales y las instituciones de salud, contribuyen de manera fundamental en los logros alcanzados, manifestados por una reducción en los índices de mortalidad y el aumento en la esperanza de vida (González, 2006).

Es por ello que los Servicios de Salud se deben definir con una meta principal, mejora recurrentemente y consolidar la cobertura integral de los servicios, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población en su conjunto. En este sentido, es indispensable el otorgamiento de servicios de salud a cualquier persona que lo requiera, de manera particular, a las personas que viven o por su condición de alta o muy alta vulnerabilidad y fragilidad como son las mujeres adolescentes embarazadas.

A fines de los 80 comienza a existir una tendencia creciente hacia la creación de programas de salud para los adolescentes, que incluyen la atención a aspectos de la reproducción (González, 2006).

Pero se señalaba también que en la mayoría de los casos la iniciativa había sido de las ONG o de los propios profesionales altamente motivados, ajenos a las políticas nacionales de salud (González, 2006).

Es necesario partir de un buen diagnóstico de salud permite al personal de salud, autoridades del sector salud y los sectores de la población, actuar en beneficio propio y colectivo; facilita la concertación de todas las voluntades y recursos institucionales, comunitarios e individuales para ofrecer una respuesta a las necesidades y demandas de la población adolescente en materia de salud (González, 2006).

Un primer objetivo debe ser mejorar los servicios de salud y para ello es necesario atender y disminuir las morbilidades maternas entre las adolescentes se describen aumento de probabilidad de riesgo de hemorragia post-parto, obesidad, enfermedades mentales, preeclampsia-eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas y muerte prematura (United Nations, 2015).

La mortalidad materna ha sido la segunda causa de muerte entre las adolescentes (15-19 años) en todo el mundo desde el año 2000, siendo más elevadas por debajo de los 20 años y después de los 30 años de edad. En mujeres de 15-19 años la tasa de mortalidad materna es de 260/100.000 mujeres y para las de 20-24 años es de 190/100.000 mujeres (United Nations, 2014).

Esto está asociado a la inequidad en educación, seguridad social en salud, además de otras barreras para que las gestantes adolescentes accedan al control prenatal. Un 30-40% de adolescentes no se adhieren al control prenatal, convirtiendo a la adolescencia es un determinante importante de la adherencia al control prenatal, el cual está vinculado con prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal (Mendoza LA, 2015). Por otro lado, los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbimortalidad, entre los cuales se destacan un mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer, sepsis, sífilis congénita y mortalidad entre los hijos de madres adolescentes (United Nations, 1994).

La necesidad insatisfecha de anticoncepción es alta entre adolescentes, asociado a una escasez de servicios de planificación familiar para este grupo. Dos intervenciones han sido eficaces en la reducción de embarazos entre adolescentes, la abstinencia sexual y el mejor uso de anticonceptivos Para iniciar la anticoncepción del adolescente se debe preparar el escenario y tener en cuenta varios aspectos: el consentimiento y protección de la confidencialidad, asesoramiento, participación del adolescente, elección de los métodos para prevención de embarazos. Los médicos deben recordar a los adolescentes que, con todos los métodos anticonceptivos hormonales, incluyendo la inyección de

progestina que buscan prevenir embarazos, se deben utilizar condones para protegerse (Doig Jhonansoon, 2006).

Entre los factores que afectan positivamente o negativamente que las adolescentes se embarazan y la manera en que eso ocurre, se encuentra la disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas de este sector de la población en materia de sexualidad y anticoncepción. La existencia de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental, no sólo para establecer su legalidad, sino para que éstos alcancen a los estratos más pobres que sólo tienen acceso a los servicios públicos de salud (CELADE, 2004).

Una vez instalados los servicios, es fundamental que sean accesibles, tanto desde un punto de vista físico localización como subjetivo. Para que los adolescentes hagan efectivamente uso de los servicios es crucial la actitud de los profesionales, evitando la censura. Un clima cultural adverso a la sexualidad en la adolescencia puede verse reflejado en actitudes de los proveedores tales como la negativa de proveer anticoncepción o incluso todo tipo de atención (CELADE, 2004).

Uno de los problemas más complejos que actualmente enfrenta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia, considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal (Molina, 2004).

La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-1993) recomienda que la mujer embarazada de bajo riesgo tenga, como mínimo, cinco consultas prenatales que, preferentemente, deben iniciarse en la décima-segunda semana de embarazo. La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Se identifica que 75% de las muertes maternas a nivel mundial se deben a: hemorragias graves, infecciones puerperales, hipertensión gestacional preeclampsia y eclampsia, complicaciones en el parto y abortos peligrosos. Cabe destacar que los niños y niñas que sufren la pérdida de sus

madres por una causa obstétrica tienen 10 veces más probabilidades de fallecer durante los dos primeros años de vida (NOM, 1993).

El aumento de la presión arterial implica posibles afectaciones a los riñones y que la placenta no reciba suficiente oxígeno. La preeclampsia es una forma grave de hipertensión gestacional que sin tratamiento puede provocar la muerte materna e incluso fetal; en el bebé restringe el flujo de sangre hacia sus extremidades y órganos vitales y disminuye la oxigenación al cerebro y corazón. En caso de que el embarazo llegue a término, generalmente es de forma prematura y expone al bebé a un mayor riesgo de sufrir parálisis cerebral, epilepsia, ceguera o sordera (SSA, 2018).

La diabetes mellitus que se origina con el embarazo produce un aumento en los niveles de azúcar en la sangre de la gestante. Se desconocen sus causas, pero en algunos casos las hormonas de la placenta impiden la acción de la insulina, lo que provoca que la glucosa se acumule en la sangre y alcance niveles muy elevados que ponen en riesgo a la mujer y provoca que el bebé reciba un exceso de energía que se convierte en grasa y sea un factor predisponente para obesidad y diabetes tipo 2 en la adultez. Asimismo, algunas mujeres que padecen diabetes gestacional posteriormente desarrollan diabetes tipo dos. Las adolescentes menores de 19 años de edad tienen mayor riesgo y tasa más alta de nacimientos pretérmino (SSA, 2018).

En las mujeres adolescentes, la mayor parte de los nacimientos pretérmino se deben a condiciones obstétricas, fetales o maternas, cuya causa individual es la más frecuente. Los nacimientos pretérmino se deben a rotura prematura de membranas, preeclampsia-eclampsia, embarazo gemelar, restricción del crecimiento intrauterino y defectos congénitos; estas condiciones requieren estudios previos y deben considerarse en los programas de salud reproductiva y perinatal de las madres adolescentes (SSA, 2018).

El tema del embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población; desde distintas perspectivas se habla sobre el

volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y de reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente (Gogna, 2005).

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño (Gogna, 2005).

La probabilidad de tener un mayor número de hijos está relacionada con la edad de la mujer. De las madres que aún se encuentran en su adolescencia (12 a 19 años), 85.2% tienen un solo hijo. En las madres jóvenes de 20 a 29 años, el porcentaje con un solo hijo disminuye a 46.5% y aumenta a 34.9 % la proporción de mujeres que tienen dos hijos. Una de cada dos (51.9%) madres de 30 a 49 años tienen tres o más hijos, situación que ocurre en 76.8 % de las mujeres madres de 50 y más años (Ruiz, 2004).

2.6 Coordinación interinstitucional.

El sector público es un conjunto de organismos administrativos mediante los cuales el Estado cumple o hace cumplir la política o voluntad expresada en las leyes del país. Esta clasificación incluye dentro del sector público: El Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, Poder judicial y organismos públicos autónomos, instituciones, empresas y personas que realizan alguna actividad económica en nombre del Estado y que se encuentran representadas por el mismo, es decir, que abarca todas aquellas actividades que el estado administración local o central poseen o controlan (Valencia, 2012).

El Estado está compuesto por instituciones de los diferentes poderes y el Gobierno con autoridades del poder ejecutivo. El papel y el volumen del sector público dependen en gran parte de lo que en cada momento se considera interés público; ello requiere definir con antelación el ámbito de ese interés general. Lo normal es que el sector público constituya en un elevado porcentaje de la economía de un país e influya sobre la actividad socio económico global (Valencia, 2012).

El sector público está compuesto por el nivel nacional que son todas las instituciones dirigidas desde el poder central para todo el país, y el nivel territorial o regional que son las ubicadas en los, estados, municipios, ciudades o localidad (Valencia, 2012).

Dentro de las funciones de las entidades del estado que interactúan en función de mejorar el servicio y así satisfacer o mitigar las necesidades, así como del interés general de la nación, asegurando que su actividad se realice con arreglo a:

1. Eficacia: la gestión se organiza para el cumplimiento oportuno de los objetivos y las metas gubernamentales.
2. Eficiencia: la gestión se realiza optimizando la utilización de los recursos disponibles, procurando innovación y mejoramiento continuo:

3. Simplicidad: la gestión elimina todo requisito y procedimiento innecesario. Los procesos deben ser racionales y proporcionales a los fines que se persigue cumplir.

4. Sostenibilidad ambiental: la gestión se orienta al uso racional y sostenible de los recursos naturales.

5. Predictibilidad: la gestión brinda información veraz, completa, confiable y oportuna, que permita conciencia bastante certera acerca del resultado de cada procedimiento.

6. Continuidad: la gestión adopta como referentes de actuación las políticas de Estado acordadas, así como los objetivos y metas de planeamiento y programación multianual establecidos.

7. Rendición de cuentas: los responsables de la gestión dan cuenta periódicamente, a la población, acerca de los avances, logros, dificultades y perspectivas.

8. Prevención: gestión para enfrentar los riesgos que afecten la vida de las personas, y para asegurar la prestación de los servicios fundamentales.

9. Celeridad: la gestión debe asegurar que todo procedimiento cumpla su trámite regular dentro de los plazos establecidos, evitando actuaciones que dificulten su desenvolvimiento, bajo responsabilidad.

El Poder Ejecutivo afirma los derechos fundamentales de las personas y el ejercicio de sus responsabilidades, procurando:

1. Inclusión: la gestión promueve la incorporación económica, social, política y cultural de los grupos sociales excluidos y vulnerables, y de las personas con discapacidad de cualquier tipo que limita su desempeño y participación activa en la sociedad.

2. Equidad: la gestión promueve la igualdad de todas las personas en el acceso a las oportunidades y beneficios que se derivan de la prestación de servicios públicos y de la actividad pública en general.

Las personas tienen derecho a vigilar y participar en la gestión del Poder Ejecutivo, conforme a los procedimientos establecidos por la ley. Para ello, las entidades del Poder Ejecutivo actúan de manera que las personas tengan acceso a información, conforme a ley (Valencia, 2012).

Las entidades del Poder Ejecutivo:

1. Se organizan en un régimen jerarquizado y desconcentrado cuando corresponda, sobre la base de funciones y competencias afines, evitando la duplicidad y superposición de funciones.

2. Coordinan y cooperan de manera continua y permanente con los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales en el marco de la Ley y la Constitución Política.

3. Se relacionan con los otros Poderes del Estado y Organismos autónomos, con arreglo a la Constitución Política y la ley.

4. Ejercen con imparcialidad y neutralidad los poderes que les han sido conferidos.

El Poder Ejecutivo ejerce sus competencias sin asumir funciones y atribuciones que son cumplidas por los otros niveles de gobierno. El Poder Ejecutivo ejerce sus competencias exclusivas, no pudiendo delegar ni transferir las funciones y atribuciones inherentes a ellas (Valencia, 2012).

Las políticas nacionales y sectoriales consideran los intereses generales del Estado y la diversidad de las realidades regionales y locales, concordando con el carácter unitario y descentralizado del gobierno de la República. Para su formulación el Poder Ejecutivo establece mecanismos de coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales y otras entidades, según requiera o corresponda a la naturaleza de cada política. El cumplimiento de las políticas nacionales y sectoriales del Estado es de responsabilidad de las autoridades del

Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales (Valencia, 2012).

A casi cuatro décadas de la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la planeación demográfica se ha consolidado con un enfoque integral y con perspectiva de género que promueve la participación de los mexicanos en forma justa y equitativa de los beneficios del desarrollo económico y social, mediante la regulación de los fenómenos sociodemográficos que los afectan (CONAPO, 2013).

Durante estos años, el CONAPO se ha fortalecido como una institución que genera y difunde información actual y oportuna sobre las características de la población, su distribución territorial y el impacto de la migración interna e internacional; con ello, busca contribuir a las tareas emprendidas por el Gobierno de la República en materia de marginación, igualdad de género y grupos vulnerables indígenas, migrantes, niños, adolescentes y adultos mayores (CONAPO, 2013).

La situación demográfica de México tiene como objetivo ofrecer información actualizada sobre el volumen de la población, su evolución y el comportamiento de las variables demográficas, además de ahondar en las transformaciones y cambios en los procesos de poblamiento en el mediano y largo plazo, sin dejar de lado las repercusiones sociales, económicas y políticas de los flujos de personas en el interior y exterior del país (CONAPO, 2013).

Dado que uno de los actuales problemas en México y en todo el mundo en la proyección de la población es la determinación de los valores en donde se estabilizará tanto la estructura como el nivel de la fecundidad en el futuro, se desarrolla un estudio que utiliza la teoría de la auto-regresividad, como una aportación para contar con proyecciones de población más precisas y confiables en el país (CONAPO, 2013).

Las proyecciones de población son un instrumento indispensable para la formulación e instrumentación de acciones y programas de la administración pública a escala nacional, estatal y municipal; éstas permiten anticipar necesidades sociales y situaciones que podrían convertirse en problemas, así como canalizar recursos de diverso tipo para su atención (CONAPO, 2013).

La política de población tiene como uno de sus soportes técnicos los insumos que le ofrece la prospectiva demográfica, con éstos es posible la formulación de estrategias y líneas de acción sobre mortalidad, fecundidad y salud reproductiva, migración interna e internacional, envejecimiento, bono demográfico, entre otros (CONAPO, 2013).

Así, en 1990, el número de hijos que tuvieron las mujeres fue la mitad de los que tenían en 1970; así mismo, el descenso fue continuo pero a un ritmo menos acelerado, es decir, tuvieron que pasar veinte años 1990 a 2010 para reducir la tasa global de fecundidad en alrededor de un hijo y se espera que en las próximas dos décadas 2010 a 2030 se logre estar alrededor del nivel de reemplazo generacional 2.1 hijos por mujer (CONAPO, 2013).

La reducción de la fecundidad ha sido favorecida por la implementación de programas gubernamentales de planificación familiar que promovieron el uso de métodos anticonceptivos; en un principio, sólo las mujeres residentes de zonas urbanas tuvieron acceso a estos beneficios, pero con el paso del tiempo se ha buscado que la cobertura se extienda al resto de las mujeres del país (CONAPO, 2013).

La importancia de abatir la fecundidad adolescente radica en que la adolescencia constituye una etapa de vida crucial para desarrollar el capital humano de la persona. La postergación de la edad al matrimonio, además del inicio de la paternidad o maternidad, permite a nivel individual aumentar la posibilidad de contar con una mayor preparación y maduración, lo que brindará a este grupo de población ventajas en etapas posteriores de su ciclo de vida (CONAPO, 2013).

En prácticamente todos los países se establecen políticas públicas para controlar la expansión demográfica y, en algunos países, para asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Zuño, 2007).

Para reducir las tasas de embarazos en adolescentes, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) recomienda recolectar y analizar datos que les permitan identificar y dirigir sus acciones a zonas con altas tasas de embarazos en adolescentes (UNFPA 2013). De la misma forma, las mejores prácticas (The National Campaign, 2011-2012; UNICEF, 2009; WHO, 2011; UNFPA, 2013) para la prevención del embarazo en adolescentes sugieren focalizar los esfuerzos de políticas públicas en asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud reproductiva y acceso a información y educación completa sobre la reproducción y la sexualidad (UNFPA 2013).

Existen pocas dudas de que la pobreza genera una buena parte de los embarazos adolescentes que ocurren. Pero se ha demostrado que resulta muy difícil, si no imposible, erradicar la pobreza y bajo las presentes condiciones mundiales, ni siquiera disminuir su grado y extensión. Una recomendación inmediata sería ayudar a las familias a mantener a sus hijas en la escuela el mayor tiempo posible, lo cual implica no solamente ofrecer educación gratuita a todos los niveles para las jóvenes que no pueden pagar, sino también proporcionar apoyo económico a las familias pobres de manera que sus hijos puedan continuar en la escuela y no tengan que trabajar para contribuir a la subsistencia de la familia (Stern Claudio, 2004).

Otra recomendación sería estimular y apoyar la organización de actividades colectivas para mujeres jóvenes, particularmente para aquellas que no van a la escuela y actividades que generen ingresos y asesoría respecto a temas de sexualidad; además de ofrecer a las jóvenes un espacio para reunirse e intercambiar ideas, preocupaciones etc., con otras chicas algo de lo cual están normalmente excluidas en comunidades pobres esto mejoraría la percepción y concreción de sus aspiraciones, diferentes de la maternidad temprana, así como los medios para lograrlas (Stern Claudio, 2004).

Una tercera recomendación sería establecer un subsidio de emergencia de seguridad social universal para familias que sufran eventos catastróficos en los cuales su subsistencia sea puesta en riesgo, incluyendo la muerte repentina o la discapacidad del jefe de familia, independientemente de sus condiciones de empleo (Stern Claudio, 2004).

Una cuarta sugerencia sería la de considerar la posibilidad de instituir algún tipo de apoyo básico o de seguridad social para los propios adolescentes de familias pobres, ya que la premisa de que cuentan con sus padres para la continuación de sus estudios es, entre otros aspectos, a menudo incorrecta (Stern Claudio, 2004).

Asimismo, para contribuir a asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, se otorga la beca PROMAJOVEN: Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, con el fin de promover la igualdad de género y la no discriminación para las adolescentes y jóvenes que enfrentan la maternidad a edades tempranas, ampliando sus oportunidades de acceso y permanencia en la educación básica, lo que permite mejorar sus condiciones de vida (DOF, 2012).

Sin embargo, existen profundas desigualdades que obstaculizan y dificultan el ejercicio de este derecho. El Programa Construye T tiene por objetivo mejorar la convivencia escolar y promover el aprendizaje de las habilidades socioemocionales de las y los jóvenes de educación media superior, para elevar su bienestar presente y futuro, y para que puedan enfrentar exitosamente sus retos académicos y personales (DOF, 2012).

La evidencia internacional demuestra que mediante el fortalecimiento de habilidades socioemocionales se puede prevenir, de manera indirecta, conductas de riesgo, como el embarazo temprano, el consumo de sustancias adictivas, el abandono escolar, la violencia o el acoso escolar. Dichas habilidades empoderan a las y los jóvenes y adolescentes, elevando su capacidad para establecer relaciones armónicas y satisfactorias, apreciar el valor de la convivencia social y tomar decisiones reflexivas (DOF, 2012).

2.7 Política pública.

2.7.1 Origen de las políticas públicas.

Para entender qué son las políticas públicas, es necesario diferenciar dos conceptos que en nuestro idioma no tienen traducción: Politics (política), policies (políticas). El primero es entendido como las relaciones de poder, los procesos electorales, las confrontaciones entre organizaciones sociales con el gobierno. El segundo tiene que ver más con las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados en los asuntos públicos (Aguilar & Lima, 2009).

Por política suele entenderse un conjunto o secuencia de decisiones más que una decisión singular acerca de una acción de gobierno particular. Algunos la entienden como decisiones de fines y preferencias y la distinguen de las decisiones relativas a los medios para alcanzar los fines. Otros, en contraste, consideran que la política incluye los medios y los fines. En algunos contextos denota decisiones de objetivos de largo plazo o directrices generales de acción gubernamental que guían las acciones de corto plazo en situaciones específicas (Aguilar & Lima, 2009).

En primer lugar, una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido. Por su carácter propositivo, referido a las realizaciones de objetivo, la política denota las intenciones de las fuerzas políticas de los gobernantes, en segundo lugar, no es la simple decisión deliberada del actor gubernamental: la gran decisión en la cúspide del Estado. Hay que incorporar las muchas y diversas decisiones de los muchos actores participantes, que en sus diversas interacciones han preparado y condicionado la decisión central, le dan forma y la llevan después a la práctica, haciéndola y rehaciéndola, con el resultado muy probable que los resultados finales no se asemejen a las intenciones y planes originales (Aguilar, 1992).

La política es un proceso, un curso de acción (Friedrich, 1963), es un conjunto de acciones. En efecto, una política es en un doble sentido un curso de acción, es el curso de acción deliberadamente diseñado y el curso de acción efectivamente seguido. Por una parte, la política que se decide y se quiere llevar a cabo es básicamente un conjunto interrelacionado de acciones que, en razón de los recursos con los que cuentan los actores, los medios que emplean y las reglas que siguen, es considerado idóneo y eficaz (eficiente) para realizar el estado de cosa preferido (Aguilar, 1992).

Aguilar, 1992, percibe que la política es entonces una estrategia de acción colectiva, deliberadamente diseñada y calculada, en función de determinados objetivos. Implica una serie de decisiones a adoptar y de acciones a efectuar por un número extenso de actores, puede distanciarse de la estrategia intencional de acción colectiva, diseñada y organizada por la autoridad estatal. Supuesta su institucionalidad, la política es, en suma:

- a) el diseño de una acción colectiva intencional,
- b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia y
- c) los hechos reales que la acción colectiva produce.

No obstante existe la política de las políticas públicas, que son las relaciones de poder en el proceso de las acciones de gobierno con la sociedad. Lo anterior es aplicable a los diferentes sectores: política educativa, políticas educativas; política cultural, políticas culturales, política social, políticas sociales; etc. también podemos hablar de las relaciones de poder de algún sector: la política de las políticas económicas, la política de las políticas ambientales (Aguilar & Lima, 2009).

Las políticas son el diseño de una acción colectiva intencional; el curso que toma la acción como resultado de las decisiones e interacciones que comporta son los hechos reales que la acción produce. En este sentido, las políticas son el curso de

acción que sigue un actor o un conjunto de actores al tratar un problema o asunto de interés. El concepto de políticas presta atención a lo que de hecho se efectúa y lleva a cabo, más que a lo que se propone y quiere. Las políticas se conforman mediante un conjunto de decisión, y la elección entre alternativas (Aguilar, 1993).

El acercamiento teórico a lo que realmente es una política pública es tan decisivo como variado. Las teorías politológicas mayores, a partir de sus teoremas sobre el poder, el consenso y el conflicto, son determinantes. Quién, cómo y para qué detenta el poder político colectivamente vinculante, a la base y al margen de la autoridad estatal formalmente constituida, ha sido la pregunta central y recelosa de la ciencia sociología política (Aguilar, 1992).

Si las políticas en sus diversas formas reglamentarias, presupuestarias, administrativas, sean producto de la dominación de clase (bloque en el poder), de los ajustes mutuos entre los grupos de interés (corporativos o pluralistas), de la hegemonía de una élite (tradicional o modernizante) del peso irresistible de las metrópolis sobre periferias indefensa...etc. Todo esto va a depender del cuerpo teórico desde el cual el investigador-analista construya sus conceptos, hipótesis y procedimientos de prueba (Aguilar, 1992).

Las políticas se entienden como una declaración de intenciones, una declaración de metas y objetivos. Para Pressman y Wildavsky: "las políticas son una cadena causal entre las condiciones iniciales y las futuras consecuencias: si X, entonces Y" (Aguilar, 1992).

Las políticas son la definición descriptiva, hay unanimidad en reconocer e incluir su aspecto institucional, se trata de la decisión de una autoridad legítima, adoptada dentro de su campo legítimo de jurisdicción y conforme a procedimientos legalmente establecidos, vinculantes para todos los ciudadanos, y que se expresa en varias formas, leyes, sentencias, actos administrativos (Aguilar, 1992).

Es decir, las políticas públicas son hipótesis: si implementamos éste curso de acción (X), tendremos estas metas y objetivos cumplidos (Y) Las políticas son

cursos de acción destinados a la solución de problemas, donde inclusive el no hacer nada es una acción que se tiene que tomar en consideración y poner en práctica o no. Para las políticas denotan también las intenciones de las fuerzas políticas, particularmente las intenciones de los gobernantes, las consecuencias de sus actos; tiende a significar intenciones más que consecuencias. Las políticas se convierten en el resultado de una serie de decisiones y acciones de numerosos actores políticos y gubernamentales (Aguilar, 1993).

Harold Laswell, es el referente en la materia sobre ciencias de políticas, define en los años cincuenta a la política pública como: disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, con base científica, interdisciplinaria y al servicio de gobiernos democráticos.

El conocimiento del proceso de decisión y el conocimiento en el proceso de decisión. Lo primero referido a las habilidades profesionales necesarias para participar en la toma de decisiones públicas (conocer el proceso de decisión de la política) y lo segundo referido a las habilidades científicas requeridas para contribuir a la invención de una teoría y práctica confiables (incorporar datos y teoremas de las ciencias en el proceso de decisión de la política con el propósito de mejorar la decisión pública). Es decir, había una diferencia entre ciencia para comprender (conocimiento del proceso de decisión) y ciencia para decidir (conocimiento en el proceso de decisión). Esta diferencia desarrolló dos tendencias de las políticas públicas: el policy studies (estudios de políticas) y el policy analysis (análisis de políticas) (Aguilar, 1993).

Una política pública no es cualquier acción del gobierno, que puede ser singular y pasajera, en respuesta a particulares circunstancias políticas o demandas sociales. Dicho de otra manera, lo específico y peculiar de la política pública consiste en ser un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés / beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente (con las correcciones marginales necesarias), en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que

son de naturaleza permanente o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida. La estructura estable de sus acciones, que se reproduce durante un cierto tiempo, es lo esencial y específico de ese conjunto de acciones de gobierno que llamamos política pública (Aguilar & Facio, 2009).

Una de las principales aportaciones de las políticas públicas es precisamente rescatar el carácter público de las políticas, es decir, la intervención de actores diferentes al gubernamental en las políticas (sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, empresas, iglesias, asambleas vecinales, etc). Este ámbito público es el campo en el que los ciudadanos individuales, por sí mismos o por los voceros de sus organizaciones, hacen política y hacen las políticas (Aguilar, 1992).

Las políticas públicas podrían ser, tal vez, decisiones complejas y conflictivas, pero no eran esencialmente diversas en sus partes, pasos y requerimientos. En efecto, descomponer un problema de política en sus componentes básicos y estructurarlo, determinar cuáles serían los componentes a alterar y establecer así los objetivos de acción, identificar las posibles opciones de acción para efectuar los objetivos, compararlos en términos de su eficacia-eficiencia esperada, utilizando técnicas de modelación y cálculo cuantitativo es decir, entendido positivamente, método científico. Este es el esquema de decisión racional o de solución racional de problemas (Aguilar, Luis F. 1992). Esto es, se evoca el análisis microeconómico de costo-beneficio y costo-efectividad, el análisis de sistemas y el de la investigación de operaciones, con sus técnicas y procedimientos lógicos-cuantitativos de maximización mediante la programación lineal, teoría de juegos y colas, simulación (Aguilar, 1992).

2.7.2 Ciclo de las políticas públicas.

Las fases, proceso o ciclo de las políticas, varía según el autor. No debemos confundir fases con niveles; fases hace referencia a cada uno de los distintos estados sucesivos del proceso de las políticas, es pues una secuencia lógica; mientras que niveles hace alusión a jerarquías, es algo mayor o menor que lo

precedente o antecedente. Es decir las fases del ciclo de políticas son pasos sin que importe si uno es mayor que otro (Aguilar Astorga y Lima Facio, 2009).

La compilación de Luís F. Aguilar Villanueva (1992) fortalece los estudios de políticas públicas, en ella se ofrecen ideas, métodos, técnicas, cuestionamientos y propuestas sobre cómo favorecer desde la administración pública, la acción ciudadana y la academia, a lo que se le llama con esperanza buen gobierno y convivencia civilizada (Aguilar, 1992).

Un tema trascendental tanto en la Ciencia Política como en la Administración Pública es el estudio de las Políticas Públicas decisiones acciones, abarcando desde su planteamiento formulación, análisis argumentativo, evaluación y su posterior implementación gestión, ejecución. Se comprende que para el desarrollo de cualquier Estado es indispensable contar con Instituciones realmente eficaces que sepan captar los problemas las demandas de los ciudadanos, a través de sus diferentes organizaciones aparatos del Estado, pero lo realmente eficaz y preponderante es resolver los problemas presentados con reformas que den solución y con Políticas Públicas muy bien implementadas (Aguilar, 1992).

Por tanto las políticas públicas son, sin duda alguna, la parte ejecutora de la Administración Pública, Políticas Públicas sanas, eficientes y que respondan a los problemas sociales darán como resultado un Estado con administración capaz de enfrentar con seguridad cualquier adversidad venidera (Aguilar, 1992).

2.7.3 Diseño de la política pública.

El gobierno carecía de iniciativa propia, no tenía la capacidad de elegir sus propósitos y acciones. Demasiado tarde se reconoció la autonomía relativa del gobierno como para revertir la tendencia dominante, destacar la especificidad e importancia de la elaboración de las políticas y reconocer su causalidad propia en el conjunto social y en el proceso político. Hoy parece que la comunidad científica está más dispuesta a concederle un mayor margen de maniobra a los gobiernos,

nacionales y locales, obviamente sin recaer en oportunismos decisionales (Aguilar, Luis F. 1992).

En suma, la hechura de la política no tenía autonomía para la ciencia política convencional y, en contraste, tenía toda la autonomía para la administración pública. El resultado final, en ambos casos y por diversas razones, era que el proceso decisorio de la política se volvía un objeto de estudio externo y marginal al corazón de las dos disciplinas (Aguilar, 1992).

El crecimiento del Estado y la expansión de su aparato gubernamental fueron señal de que los grandes actores y poderes sociales, a cuya dinámica (constructiva o conflictiva) supuestamente se sometían las políticas, eran incapaces de resolver muchas cuestiones sociales y, en el fondo, incapaces de garantizar el orden y bienestar público (Aguilar, 1992).

Las hechuras de políticas se dan en una dinámica de sucesivas comparaciones, cotejos y aproximaciones hacia los objetivos deseados que van cambiando a la luz de las nuevas consideraciones de la dinámica social involucrada (Aguilar, 1992).

Base del modelo: en un gobierno con abierta competencia de ideas e intereses lo adecuado es: corregir, ajustar, adaptar y/o reformar la "última política" disminuyendo la probabilidad de catástrofe y queda abierta la posibilidad de corregir los errores (Aguilar, 1992).

2.7.4 Implementación de la política pública.

La implementación de políticas públicas es relativamente una nueva área de análisis. El proceso posterior a la toma de decisiones había sido un área de estudio desatendida hasta los años setenta. Un buen número de autores consideraban el estudio de la implementación de políticas como algo que no ameritaba la atención de los especialistas. Incluso, muchos alegaban que la implementación era simple, y que por eso no parecía involucrar asuntos significativos (Revuelta, 2007).

La implementación es la puesta en práctica del diseño que elegimos y construimos para abordar el problema. Cabe mencionarse que en los países anglosajones se desarrolló desde los setentas una amplia bibliografía, pues se dieron cuenta que un diseño bien hecho no necesariamente lleva a una puesta en práctica sin problemas. Como señalamos con anterioridad, la variabilidad en la política así como en la mayoría de las ciencias sociales es irremediable, al tener escenarios, actores, intereses, cambiantes, la implementación se desajusta del diseño. Lo que ha desarrollado que los indicadores (en este caso de implementación) tengan una relevancia significativa (Aguilar & Lima 2009).

El punto clave de la Implementación es lo que Pressman y Wildavsky llamaron La complejidad de la acción conjunta, pues en este juego político (Bardach), se manifiestan intereses que incomodan a los objetivos planteados en el diseño. El político (burócrata en término Weberiano) no puede prescindir de la persuasión (Majone, Subirats), intercambio político y negociación, de no recurrir a estos, no tendrá manera de lograr que la mayoría coopere (Aguilar & Lima, 2009).

Implementación es un proceso, implica juegos de poder, y no puede desapegarse de las estrategias y técnicas de los implementadores. Se habla de juego porque no hay un solo implementador, hay multiplicidad de actores autónomos y semiautónomos y todos quieren cierto control (Aguilar & Lima 2009).

Se creía que una vez tomada la decisión, ésta sería implementada logrando un resultado similar a aquel que inicialmente se intentaba. No obstante, la evidencia creciente de un gran número de casos de estudio muestra la existencia de una brecha entre los objetivos originales de las políticas y sus resultados finales. Por otra parte, también se puede argumentar que la complejidad y la dificultad del proceso de implementación ha desmotivado a algunos especialistas a profundizar en esta área de estudio. Esto nos lleva a encontrar en los estudios de implementación toda una vena para ser explorada y la cual ofrece un enorme potencial. De manera introductoria, y cómo o habremos de constatar más adelante, se debe decir que al momento existen problemas metodológicos sin resolver, así como problemas de límites y medidas que parecen difíciles de

aclarar. Sin embargo, no será sino con una serie de análisis, estudios, aplicaciones y desarrollo de nuevos marcos teóricos como habremos de ir avanzando en esta importante área de estudio (Revuelta, 2007).

Diversos estudios contemporáneos han revelado que muchos países encuentran diferentes problemas y obstáculos cuando tratan de implementar las políticas y alcanzar sus objetivos originales. Esta situación es relevante en dos sentidos: por un lado, las deficiencias en implementación descubren ineficiencias en el aparato de gobierno. Por otra parte, la capacidad, o incapacidad, del gobierno para implementar políticas tiene un impacto directo sobre el asunto de la autonomía del Estado. Es más, parece que los fracasos en la implementación de políticas pueden reducir el apoyo político en elecciones subsecuentes (Revuelta, 2007).

Van Meter y Van Horn, 1975, señalan que la implementación de políticas abarca acciones de individuos o grupos públicos y privados que buscan el cumplimiento de los objetivos previamente decididos. Sus acciones son pequeños esfuerzos con el objeto de transformar las decisiones en principios operativos, así como esfuerzos prolongados para cumplir los cambios, pequeños o grandes, ordenados por las decisiones políticas (Revuelta, 2007).

Sabatier y Mazmanian, 1981, consideran que la implementación es la forma de llevar a cabo una decisión de política básica. Para Pressman y Wildavsky, 1976, la implementación debe ser vista como un proceso de interacción entre el establecimiento de metas y las acciones generadas para lograrlas (Revuelta, 2007).

Bardach, 1978, establece que el proceso de implementación es:

- 1) un proceso de ensamblaje de elementos requeridos para producir un resultado programático particular, y
- 2) el agotamiento de un número de juegos vagamente interrelacionados en donde estos elementos son contenidos o entregados al proceso de ensamblaje en términos particulares.

Con este contexto podemos decir que la implementación es el proceso que ocurre entre las declaraciones formales de la política y el resultado final alcanzado. En otras palabras, la implementación es el llamado eslabón perdido. Es un momento, un proceso, a través del cual una política puede ser influenciada por diversas variables independientes actores y factores que pueden apoyar, alterar u obstruir el cumplimiento de los objetivos originales (Revuelta, 2007).

Uno de los primeros asuntos que necesitan clarificación es la noción de qué es lo que se va a implementar. La literatura sobre implementación no es específica en este asunto. Parece que el término implementación puede ser aplicado a un amplio rango de políticas. Muchos estudios como se muestra más adelante— no establecen con precisión las características de la política en cuanto objeto de estudio. Es decir, no hay certeza acerca de si la política que se implementa es una decisión administrativa hecha por el ejecutivo o por uno de los ministros bajo la forma de un plan o programa; si se trata de un instrumento más formal, como un decreto administrativo expedido por el ejecutivo; o, incluso, si se refiere a una ley que requirió formalmente la aprobación del legislativo (Revuelta, 2007).

El estudio de Van Meter y Van Horn (1975) no es explícito en relación con el tipo de política que se ha implementado. Ellos se refieren indistintamente a una ley promulgada, resolución judicial, decreto o programa, sin ofrecer explicaciones adicionales en relación con las posibles diferencias entre estos diversos tipos de políticas. De manera similar, Dolbeare y Hammond (1971) se refieren a una decisión, ley o política como conceptos similares sin entrar en mayores detalles. Consecuentemente, debe entenderse que estos autores consideran como sinónimos los diferentes tipos de políticas. Por esta razón ellos no identifican las diferencias formales entre ellas, o cómo estas diferencias pueden reflejar eventualmente mayores o menores posibilidades para una implementación exitosa (Revuelta, 2007).

El análisis que estamos construyendo en estos párrafos es relevante porque visualiza que hasta ahora los estudios de implementación no le han dado atención a la naturaleza de esta multiplicidad de políticas (Revuelta, 2007).

No obstante, la diferenciación aparece como algo importante que puede pronosticar mayor o menor fuerza en el momento de la implementación. La ley, por su propia naturaleza, es un proceso más formal, comparado con la creación de programas, planes o regulaciones administrativas, ya que la primera ocupa no sólo la intención del ejecutivo, sino la necesidad de que el legislativo la apruebe. Por tanto, una ley tiene mayor posibilidad de ser preservada en el tiempo, ya que su posible alteración o modificación requeriría, igualmente, la autorización del poder legislativo. En contraste, los planes, programas o regulaciones administrativas están más sujetas a la voluntad del gobierno de turno y consecuentemente tienen menos posibilidades de ser preservados por otras administraciones. De hecho, existen disposiciones expresas para el caso mexicano en el sentido de que los planes y programas tienen una vigencia formal por el término de la administración, por lo que no habría necesidad, ni siquiera, de abrogarlos al término del periodo administrativo (Revuelta, 2007).

De manera general, y sin pretender entrar en un análisis más profundo, admitimos que detrás de una ley existe una decisión política. Como bien sabemos, las decisiones políticas son influidas por los actores políticos, por los grupos reales de poder de una sociedad, y éstos cambian su correlación de fuerzas y posicionamientos a través del tiempo (Revuelta, 2007).

Se pueden acelerar los cambios de acuerdo con la percepción de las diferentes administraciones. Las decisiones políticas pueden ser expresadas en una gran variedad de vías. No obstante, algunos gobiernos prefieren crear leyes con objeto de incrementar la posibilidad de que su política perdure a través del tiempo. Así, la ley es el instrumento legal más formal para dar forma y encauzar las decisiones políticas. Entre los diferentes tipos de políticas la ley tiene la construcción más formal al requerir de todo un proceso legislativo. En este sentido, la ley funciona también como el principal instrumento usado por los gobiernos contemporáneos para influenciar el comportamiento social (Revuelta, 2007).

Los primeros estudios de implementación estuvieron centrados en analizar el rol de las organizaciones. En particular, un buen número de estudios investigaron el rol de la burocracia como la única o principal variable en el proceso de implementación. Desde el estudio de Etzioni un gran cúmulo de estudios aparecieron poniendo énfasis en las organizaciones y burocracias, así como en el papel que éstas jugaban para implementar las políticas. Muchos de estos trabajos se refieren y critican los principios clásicos de Max Weber (1960) de acuerdo con los cuales la implementación es concebida como una consecuencia automática de los objetivos originales (Revuelta, 2007).

Por último existen diversos factores que condicionan la implementación tales como el tipo de política, el contexto, la magnitud del cambio requerido, los recursos financieros, las condiciones socioeconómicas, el apoyo de los medios, las actitudes de los ciudadanos, el apoyo de las autoridades entre otras. Todas estas variables son consideradas en su modelo de la misma forma que las relaciones burocráticas, las relaciones jerárquicas entre la burocracia y las reglas para la toma institucional de decisiones. De esta forma, el marco intenta involucrar el contexto político, económico y legal junto al comportamiento individual (Revuelta, 007).

2.7.5 Evaluación de la política pública.

La evaluación consiste en la realización de una investigación, de tendencia interdisciplinaria, cuyo objetivo es conocer, explicar y valorar, mediante la aplicación de un método sistemático, el nivel de logros alcanzado resultados e impactos, por las políticas y programas públicos, así como aportar elementos al proceso de toma de decisiones para mejorar los efectos de la actividad evaluada (Cardozo, 2009).

Es la parte menos desarrollada, existe una amplia gama de estas, Cardozo 2009 desarrolla una tipología de la evaluación: Podemos decir que la reformulación de la política pública y que por ello decimos que es un ciclo, va en función directa del tipo de evaluación que hagamos.

El problema del embarazo adolescente necesita ser analizado dentro de los parámetros que lo rodean, tales como la transición demográfica, la desigualdad social y la pobreza, el ambiente político y los procesos vigentes de cambio social y cultural, con el fin de obtener una comprensión realista tanto de las razones que lo desencadenan causas, determinantes como de los límites de las posibles intervenciones (Cardozo, 2009).

Las necesidades de los adolescentes en términos de su salud sexual y reproductiva, así como las posibilidades de intervención, que de forma realista pueden provocar cambios en la dirección deseada por ejemplo previniendo los embarazos no deseados o posponiendo la maternidad varían sustancialmente según los diferentes grupos de la población. Las implicaciones que se derivan de esto son que las políticas y los programas deben ser diseñados tomando en cuenta estas diferentes necesidades y posibilidades (Cardozo, 2009).

Si bien la evaluación de la política pública en materia de prevención de los embarazos en adolescentes, presenta aún retos de gran relevancia que sólo podrán reflejarse en los indicadores de impacto a largo plazo, debido a que se requieren cambios estructurales en todos los componentes que considera la misma, para lograr los objetivos establecidos de disminuir a la mitad la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años y erradicarla en niñas y adolescentes menores de 15 años, también es innegable que las acciones desarrolladas hasta la fecha en su contexto, se puede fundamentar que no son suficientes estas acciones para resolver el problema de la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años.

En el 2016, en México se adoptó la metodología de marco lógico elaborada con base en el diseño original de la ENAPEA, los cinco objetivos originales se reagruparon, y en este nuevo ordenamiento se obtuvieron seis componentes, los que se enlazan transversalmente mediante la perspectiva de género, la interculturalidad y la coordinación interinstitucional.

El objetivo general de este programa es reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Contiene a su vez 5 objetivos específicos:

1. Contribuir al desarrollo humano y las oportunidades de las y los adolescentes en México.
2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo
3. Asegurar la oferta de la gama completa de métodos reversibles, para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en ejercicio de la sexualidad.
4. Incrementar la demanda y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva con calidad para adolescentes.
5. Garantizar el derecho de las niñas, niños y la población adolescente a recibir educación integral de la sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada

En Michoacán, la secretaria de salud a través del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia que es una estrategia permanente para reducir la morbilidad y mortalidad de niñas, niños y adolescentes (GIPEA, MICHOACAN, 2016).

El objetivo principal del Programa de Acción Específico: Salud de la Infancia y la Adolescencia es coordinar estrategias enfocadas a reducir la morbilidad y mortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de la brecha de desigualdad en materia de salud. Una de sus principales estrategias será implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia que incluyen las intervenciones del

control nutricional, el fortalecimiento del registro relacionado al tema de desnutrición, implementación de acciones de detección, control y seguimiento en niñas, niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad; la procuración de los medicamentos e insumos requeridos; así como, la colaboración en el diseño de protocolos de atención para el menor con problemas de nutrición (GIPEA, MICHOACAN, 2016).

De igual manera coordina los trabajos de un grupo interinstitucional de atención integral para la salud de la adolescencia, donde lleva acabo de manera transversal la atención de todo lo relacionado con los adolescentes los ejes de este grupo tienen que ver con los tipos de violencia que sufren los adolescentes, La Salud Integral, Salud Psicológica y Mental de los Adolescentes y la Salud Reproductiva de los Adolescentes, Participan Representantes de las Instituciones Públicas de Salud de Infancia y Adolescencia, Salud Bucal, Promoción de Salud, Salud Mental y Adicciones, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaria de Educación en el Estado, Sistema DIF Michoacan, Secretaria de Seguridad Pública del Estado(C5i), MEXFAM, Jurisdicción Sanitaria 1, Hospital de la Mujer, Hospital Psiquiátrico, Casa de Adolescente, Centro de Salud de Morelia, CAPA Morelia y CIJ Morelia (GIPEA, MICHOACAN, 2016).

El principal objetivo del grupo interinstitucional de atención integral de la adolescencia es promover acciones conjuntas que permitan que los jóvenes y adolescentes consigan un desarrollo integral para que de manera independiente logren sus metas y objetivos individuales con menos riesgos (GIPEA, MICHOACAN, 2016).

El índice de los embarazos en los adolescentes ha crecido de una de manera desmesurada, esto se constituye en un factor negativo para el bienestar presente y futuro de la sociedad y por tanto, definirse como un problema público legítimo. Indicaremos argumentos para definir este fenómeno como un problema público, y sus efectos adversos sobre la salud y educación de la madre adolescente, para ello revisaremos de manera puntual el caso de la ciudad de Morelia, tratando de hacer un aporte de cómo se percibe este fenómeno (GIPEA, MICHOACAN, 2016).

CAPÍTULO III.

FUNDAMENTOS

METODOLÓGICOS.

En este capítulo que utilizaremos la metodología, para comprender e interpretar los datos obtenidos por el instrumento de investigación en este proyecto se analizará, organizará, presentará e interpretará a través del empleo de métodos estadísticos, expuestos a varias pruebas que permitan la toma de decisiones.

La información es importante para la toma de decisiones y con mayor razón en la actualidad. Con mala o insuficiente información posiblemente la decisión sea mala, por muy bueno que sea el procesamiento de ésta. Por el contrario, por muy buena que sea la información si el procesamiento es malo seguramente también la decisión sea equivocada. En consecuencia, un sólido respaldo para una acertada toma de decisiones, contempla ambos aspectos: información buena y suficiente, procesamiento correcto (Solano, 2003).

La Estadística descriptiva es la ciencia que recoge, organiza, presenta y analiza datos de manera informativa. La utilización de datos de encuestas para realizar análisis empíricos y evaluación de políticas públicas se ha convertido en una práctica habitual entre los economistas y científicos sociales, no sólo a nivel académico sino también a nivel profesional. En este contexto las observaciones corresponden a individuos (personas físicas, hogares, empresas), es decir, se utilizan datos individuales, no series temporales (Solano, 2003).

La Estadística es una disciplina que proporciona la metodología, fundada en la Matemática, para obtener, recopilar, procesar, resumir y presentar datos referentes a un estudio de interés, transformándolos en con el fin de interpretarlas estadísticas para obtener conclusiones, dando garantía de idoneidad en los procedimientos. También propone metodologías que permita deducir características poblacionales a partir de muestras de ella (Solano, 2003).

Las técnicas estadísticas también se aplican al control de calidad de la producción, a la gestión de carteras de acciones, etc., campos de menor abstracción, en los que las variables a estudiar pueden ser tan concretas como la producción diaria de una máquina o el precio de una acción. En cualquiera de los

campos en los que se aplique, la estadística descriptiva pretende ayudar a plantear y resolver los problemas de la economía (Solano, 2003).

La principal característica de este tipo de datos es que una parte importante de la información es de tipo cualitativo, lo cual comporta que el uso del modelo de regresión no sea adecuado en muchas ocasiones cuando la variable que se pretende analizar es una elección o una situación, o cuando la variable dependiente sólo toma valores no negativos y para una parte significativa de los individuos de la muestra el valor observado es cero. Asimismo, cada vez es más frecuente que las encuestas tengan continuidad en el tiempo, de tal manera que los individuos permanecen varios períodos en la muestra. Este tipo de información corresponde a lo que habitualmente se conoce como datos de panel. De hecho, se dispone de datos de panel siempre que las variables utilizadas tienen variabilidad en dos o más dimensiones (Solano, 2003).

Actualmente la Estadística descriptiva es tan difundida y sus méritos tan aceptados que prácticamente no existe actividad que no la utilice de una u otra manera, a tal punto que cualquier investigación que genere y no la utilice datos en la forma adecuada para su análisis, corre el riesgo que sus conclusiones no sean consideradas científicamente válidas (Solano, 2003).

Es por ello que para este trabajo de investigación utilizaremos la estadística descriptiva como metodología para tratar de explicar los embarazos no deseados entre adolescentes en la ciudad de Morelia, Michoacán, desde las evidencias y vivencias encontradas en nuestro marco teórico y en nuestro trabajo de campo.

3.1 Universo.

De acuerdo con la última encuesta Intercensal 2015, en México existe una población total de 119.5 millones de personas en 2015, de las cuales 50.6% son mujeres; y de ese 50.6%, el 34% son adolescentes de 12 a 17 años, 2015, 28.4% de las adolescentes de 15 a 17 años no han concluido su educación secundaria. En 2014, más del 80% de las niñas y adolescentes contaban con afiliación a servicios de salud. 90.1% de estas, estaban afiliadas por un familiar en el hogar (INEGI, 2016).

En el estado de Michoacán de Ocampo, existe una población total de 4, 599, 104 (Cuatro Millones Quinientos Noventa y Nueve Mil Ciento Cuatro) personas en el 2015, de los cuales de los cuales el 51.8% son mujeres y de ese 51.8, el 14.5% son adolescentes de 15 a 19 años, según datos del INEGI 2015.

3.2 Muestra.

“Toda investigación debe ser transparente, así como estar sujeta a crítica y réplica y este ejercicio solamente es posible si el investigador delimita con claridad la población estudiada y hace explícito el proceso de selección de su muestra” (Hernández, 2003).

En Morelia, capital del estado de Michoacán existe una población total de 784 776 según datos del INEGI, Encuesta Intercensal 2015, de los cuales el 52.6% son mujeres y de este 52.6%, el 4.5% son adolescentes de 15 a 19 años que equivalen a un total de 32817, según datos del INEGI 2015.

Para calcular nuestra muestra tomamos como referencia lo que nos indica Roberto Hernández-Sampieri, 2003, ¿En una investigación siempre tenemos una muestra? No siempre, pero en la mayoría de las situaciones sí realizamos el estudio en una muestra. Sólo cuando queremos efectuar un censo debemos incluir todos los casos (personas, animales, plantas, objetos) del universo o la población.

Lo primero: ¿sobre qué o quiénes se recolectarán datos? Aquí el interés se centra en “qué o quiénes”, es decir, en los participantes, objetos, sucesos o colectividades de estudio (las unidades de muestreo), lo cual depende del planteamiento y los alcances de la investigación. La unidad de muestreo es el tipo de caso que se escoge para estudiar. Normalmente es la misma que la unidad de análisis, pero en ocasiones es distinta (Hernández, 2003).

Para esta investigación coinciden la unidad de muestreo y el tipo de caso a escoger es decir las adolescentes que se encuentran entre 15 y 19 años de edad.

Pregunta de investigación Unidad de Análisis Correcta

¿Cómo influyo el grado de escolaridad, coordinación interinstitucional y la cobertura de servicios de Salud en los índices de embarazos no deseados en adolescentes en Michoacán 2000-2015? Mujeres que se encuentran en el quinquenio de edad de 15 a 19 años en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Para el proceso cuantitativo, la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población. El investigador pretende que los resultados encontrados en la muestra se generalicen o extrapolen a la población (en el sentido de la validez externa que se comentó al hablar de experimentos). El interés es que la muestra sea estadísticamente representativa (Hernández, 2003).

Para definir nuestra muestra global utilizaremos se obtiene a formula estadística través de la utilizada para poblaciones menores a 100,000 personas u objetos que es la siguiente:

Dónde:

n: tamaño muestral

N: tamaño de la población (32817 adolescentes)

s²: varianza muestral (p(1-p) = 0.9 (1-0.9) = 0.09

σ²: varianza poblacional = (se) = (0.015) = 0.000225

se: error standard (5% = 0.05)

p: % de confiabilidad (90% = 0.9)

Aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N} \quad n' = \frac{s^2}{e^2}$$

$$n' = \frac{0.09}{(0.000225)} = 400$$

$$n = \frac{400}{1 + 400/32817}$$

$$n = \frac{400}{1.012} = 395$$

En esta investigación la muestra que se le aplicara el instrumento (cuestionario) de investigación será a 395 mujeres embarazadas que tienen entre 15 y 19 años de edad, que son Michoacanas y que además viven en zona metropolitana de la ciudad de Morelia.

3.3 Diseño del instrumento de investigación.

Cabe destacar que es de vital importancia el instrumento de investigación (cuestionario) ya que a partir de ahí se recabo la información con la cual se comprobó la hipótesis, así como la operacionalización de las variables. Para construir los cuestionarios fue necesario un trabajo intenso y constante ya que las entrevistadas son personas que viven y padecen de los embarazos no deseados en adolescentes.

Así esta investigación se realiza a partir del enfoque mixto, es decir se lleva a cabo tanto la investigación cuantitativa como cualitativa. La investigación cuantitativa, el Instrumento de recolección de información. Se diseñó un cuestionario para las jóvenes adolescentes, a fin de identificar los factores que influyen los embarazos no deseados en los adolescentes. Los temas incluidos fueron: historia escolar, acceso a los servicios de salud, plan de vida y conocimiento de programas de gobierno dirigido a los adolescentes. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista personalizada y la información obtenida a través de ésta, se vació a un instrumento codificado, con preguntas cerradas y abiertas, diseñados de acuerdo a los objetivos de la investigación.

También en nuestra investigación se elaborara un instrumento de corte cuantitativo (cuestionario cerrado) para recabar información; así la investigación cualitativa, se llevara a cabo cuando se analizan los datos obtenidos, ya que se requiere hacer referencia de la información no cuantitativa, obtenida en el proceso de las etapas de la investigación, para realizar análisis completo.

En esta investigación el diseño, entendido como el plan y la estrategia construida para obtener la información es no experimental es decir no existió control en las variables, se observó el fenómeno tal como se presenta en el contexto natural y posteriormente se analizó; en este caso no se generó ninguna situación, se analizó una situación ya existente, no se provocó intencionalmente. (Hernández, 2010)

Se realizó un estudio de tipo descriptivo se consideró que el número de embarazadas adolescentes en un período fijo de tiempo, es un proceso de naturaleza estocástica, que se mantiene relativamente estacionario en el tiempo.

Como puede observarse, en las preguntas cerradas las categorías de respuesta son definidas a priori por el investigador y se le muestran al encuestado, quien debe elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta. hace notar algo muy lógico pero que en ocasiones se descuida y resulta fundamental: cuando las preguntas presentan varias opciones, éstas deben recoger todas las posibles respuestas.

Ahora bien, hay preguntas cerradas donde el participante puede seleccionar más de una opción o categoría de respuesta (posible multi-respuesta).

En algunas más, el encuestado se ubica en una escala. El concepto de escala (aplicado a la medición) puede definirse como: sucesión ordenada de valores distintos de una misma cualidad. (Real Academia Española, 2001) Es un patrón, conjunto, medida o estimación regular de acuerdo con algún estándar o tasa, respecto de una variable.

Finalmente, en ocasiones se encadenan varias preguntas en una. En cambio, las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, por lo cual el número de categorías de respuesta es muy elevado; en teoría, es infinito, y puede variar de población en población

De lo anterior en la presente investigación se aplicará un cuestionario preguntas cerradas dicotómicas a los adolescentes y preguntas multi-respuesta pre-codificadas a funcionarios o informantes clave. Será un cuestionario largo, auto-administrado e individual.

El cuestionario se dividió en 4 subtemas

1. Perfil de entrevistado
2. Entorno de la problemática de la cobertura de educación medio superior y superior.
3. Entorno de la problemática de acceso a servicios de salud para adolescentes.
4. Políticas Públicas dirigidas a los adolescentes.

Tipo de diseño

En toda investigación es posible utilizar un tipo de diseño múltiple, es decir, que se puede utilizar más de un tipo de diseño, que es el caso de la investigación actual, esto con base en lo que explican Hernández, 2010, reforzando lo anterior Tamayo 2003 denota que el tipo de diseño difícilmente viene puro y generalmente se combinan varios tipo entre sí para enriquecer el trabajo.

El tipo de diseño en esta investigación es correlacional y descriptiva; correlacional porque en este tipo de investigación se persigue fundamentalmente determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otro u otros factores. La existencia y fuerza de esta covariación normalmente se determina estadísticamente por medio de coeficientes de correlación. Es conveniente tener en cuenta que esta covariación no significa que entre los valores existan relaciones de causalidad, pues éstas se determinan por otros criterios que, además de la covariación, hay que tener en cuenta.

Y también es de tipo descriptivo porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles de los adolescentes y el fenómeno de embarazos no deseados que sea sometido a análisis. Es decir únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Esto es, su objetivo no es como se relacionan éstas. Valor: Es útil

para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de los fenómenos, suceso, comunidad, contexto o situación.

Para la creación del instrumento de esta investigación se siguieron las siguientes fases requeridas por Hernández, 2010:

- I. Redefiniciones fundamentales
- II. Revisión enfocada de la literatura
- III. Identificación del dominio de las variables a medir y sus indicadores
- IV. Toma de decisiones clave
- V. Construcción del instrumento
- VI. Prueba piloto (validación)
- VII. Elaboración de la versión final del instrumento
- VIII. Aplicar el instrumento
- IX. Administración de instrumento
- X. Preparación de los datos
- XI. Análisis

Existen varios tipos de instrumento según las características de la investigación que se esté realizando, a saber Hernández, 2010:

Tal vez el instrumento más utilizado para recolectar los datos es el cuestionario. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis. Comentaremos primero sobre las preguntas y luego sobre las características deseables de este tipo de instrumento, así como los contextos en los cuales se pueden administrar los cuestionarios.

Durante los últimos años he emprendido un proyecto de investigación cualitativo bastante extenso, dirigido a desentrañar el significado que tienen los embarazos adolescentes en diferentes sectores sociales de la población mexicana, los mecanismos involucrados en determinar o influir en la ocurrencia o no de los embarazos adolescentes en cada uno de ellos, así como en determinar e influir los resultados de estos embarazos (Álvarez, 2008).

Para realizar este proyecto de investigación tomaremos en consideración básicamente el trabajo etnográfico y los materiales de las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres jóvenes de tres de los contextos: el marginal urbano, el popular urbano en Morelia y el sector de clase alta, por las encuestas en los hospitales privados de la propia ciudad. En términos generales podemos decir que estos tres sectores representan tres estratos diferentes de la población Objetivo (Álvarez, 2008).

La selección de informantes para estas entrevistas se hizo con el propósito de comprender e ilustrar los diferentes tipos de situaciones existentes en el grupo social analizado, en términos de la ocurrencia o no de embarazos adolescentes, de maternidad adolescente y de sus respectivas secuelas, así como de la naturaleza de otras variables relacionadas con ello, tales como características familiares y de permanencia en la escuela. Las entrevistas fueron no estructuradas y se hicieron en forma de narraciones autobiográficas. La mayoría se tomaran de dos o tres sesiones de dos a tres horas cada una. Serán grabadas, transcritas y sintetizadas en forma de reportes individuales (Álvarez, 2008).

El instrumento se planea y surge, de modo cuidadoso que es de vital importancia para la metodología de la investigación. (Tamayo 2003) sirve para recabar, registrar y analizar los datos obtenidos; destaca también este autor que no es preciso que exista un instrumento específico para conseguir la información y en caso de ser así, debe ser creado. (Tamayo 2003) Así, en esta investigación el instrumento se creó con el objetivo de comprobar o no la hipótesis.



Instrumento de Investigación

Le agradecemos muy ampliamente el tiempo y disposición para contestar este cuestionario. La información versada en este cuestionario es de carácter solamente académico. Es importante mencionar que toda la información proporcionada en esta encuesta será tratada de manera estrictamente confidencial y en ningún caso será proporcionada a terceros. Los resultados de esta investigación estarán a su alcance cuando usted lo desee. Así mismo, le solicitamos de manera muy respetuosa y atenta responda esta encuesta de acuerdo con su conocimiento, funciones y atribuciones.

1.- Nombre (opcional):				
2.- Edad:				
15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
3.- Inicio de vida sexual activa (edad):				
14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
4.- Inicio de primera menstruación (edad):				
10 años	11 años	12 años	13 años	14 años
5.- Escolaridad (años de estudio):				
Primaria	Secundaria trunca	Secundaria terminada	Preparatoria trunca	Preparatoria terminada
6.- Como influyo tu grado de escolaridad para que quedaras embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
7.- Estado civil:				
Ninguno de los anteriores	Soltera	Novia	Unión libre	Casada
8.- Afiliación a algún servicio de salud:				
SSA	IMSS	ISSSTE	Privado	no tiene
9.- Como influyo tu afiliación a algún servicio de salud para que quedaras embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
10.- Tipo de embarazo:				
Planeado			No planeado	
11.- Método anticonceptivo que conoce más:				
Preservativo	Hormonales	Dispositivo	Parche	Todos los anteriores
12.- Como influyo el método anticonceptivo que conoces para que quedaras embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
13.- Consultas durante el embarazo:				
0	2	4	6	Más que los anteriores
14.- Conoce algún apoyo (programa de gobierno) dirigido a los adolescentes (especifique):				
SSA	SEE	SEP	SEDESOL	Ninguno

15.- Como influyo el programa dirigido a los jóvenes que conoces para que quedaras embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
16.- Actividad que realiza comúnmente al momento de quedar embarazada:				
Trabajar	Estudiar	Ama de casa	Deporte	Ninguno de los anteriores
17.- Escolaridad su padre o tutor:				
Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Ninguno
18.- .- Como influyo el grado de escolaridad de tu padre o tutor para que quedaras embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
19.- Numero de instituciones educativas cerca de casa:				
1	2	3	4	Más que los anteriores
20.- Como influyo el número de escuelas cerca de tu casa para que quedaras embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
21.- Tenía algún plan de vida antes de su Embarazo:				
(SI)		(NO)		
22.- Que tanto cambio su plan de vida al momento de haber quedado Embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
23.- Quien te proporciono algún tipo de información sobre sexualidad y salud reproductiva:				
Profesor	Especialista	Amiga (o)	Familiar	Vecino
24.- Como influyo la información sobre sexualidad y salud reproductiva que te brindaron para que quedaras Embarazada:				
Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
25.- Recuerda quien impartió las pláticas sobre sexualidad y salud reproductiva:				
Profesor	Sicólogo Particular	Personal de SSA	Personal SEE	Alguno diferente a los anteriores

Variable dependiente: Embarazos no deseados en Adolescentes. 3 ítems

Variable Independiente: Grado de Escolaridad 6 ítems

Variable Independiente: Acceso a Servicios de Salud. 6 ítems

Variable Independiente: Coordinación Gubernamental 5 ítems

4 Ítems complementarios

Tabla 4: Descripción de las variables y su relación en las preguntas del cuestionario.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional		Pregunta
		Dimensiones	Indicadores	
Variable dependiente: Embarazos no deseados en Adolescentes.	Es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía)	Adolescentes entre quince años cumplidos y diecinueve años de edad.	Edad	2
			edad de la primera menarquía	3
			Tipo de embarazo	10
Variable Independiente: Grado de Escolaridad	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una persona o población determinada.	El Tamaño o extensión de años de estudio de las adolescentes.	Escolaridad	5
			Como influyo tu grado de escolaridad para que quedaras embarazada	6
			Escolaridad de padre o tutor	17
			Como influyo el grado de escolaridad de tu padre o tutor para que quedaras embarazada	18
			Instituciones educativas cerca de su casa	19
			Como influyo el número de escuelas cerca de tu casa para que quedaras embarazada	20
Variable Independiente: Acceso a Servicios de Salud.	En asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud reproductiva y acceso a información y educación completa sobre la reproducción y la sexualidad.	La cobertura de los servicios de salud.	Inicio de vida sexual activa	4
			Afiliación a algún servicio de Salud	8
			Como influyo tu afiliación a algún servicio de salud para que quedaras embarazada	9
			Método anticonceptivo que conoce	11
			Como influyo el método anticonceptivo que conoces para que quedaras embarazada	12
			Consultas durante el embarazo	13
Variable Independiente: Coordinación Gubernamental	Implementación Políticas Públicas específicas para prevenir y reducir el embarazo en adolescentes.	Políticas, Programas, estrategias o acciones de gobierno.	Conoce algún apoyo dirigido a los jóvenes.	14
			Como influyo el programa dirigido a los jóvenes que conoces para que quedaras	15

			embarazada	
			Quien te proporciono algún tipo de información sobre sexualidad y salud reproductiva	23
			Como influyo la información sobre sexualidad y salud reproductiva que te brindaron para que quedaras Embarazada	24
			Recuerda quien impartió las pláticas sobre sexualidad y salud reproductiva	25
Preguntas complementarias e Información complementaria			Estado civil	7
			Actividad que realiza comúnmente al momento de quedar embarazada	16
			Tenía algún plan de vida antes de su Embarazo	21
			Que tanto cambio su plan de vida al momento de haber quedado Embarazada	22

El presente método es de enfoque cuantitativo, de corte postpositivista, opuesto al dogmatismo y a la rigidez, así como descriptivo y documental. Los datos se recolectaron en un tiempo único, no experimental, ya que se estudia el fenómeno de manera natural. A continuación la ponderación que se le otorga a cada opción de respuesta de acuerdo con las preguntas de la entrevista, para la recolección de datos se utilizó la encuesta con un cuestionario que fue aplicado a partir de febrero de 2019. Para medir las respuestas se utilizó la escala Likert con ponderaciones en las opciones de respuesta que van de valor 1 al valor 5, con la finalidad de poder tener una mejor calidad en la obtención de datos y a sus vez nos permitirá una mejor recolección de resultados y conclusiones.

Ítem	Valor de respuesta 1	Valor de respuesta 2
Tipo de embarazo:	Planeado	No Planeado
Tenía algún plan de vida antes de su Embarazo:	No	Si

Ítem	Valor de respuesta 5	Valor de respuesta 4	Valor de respuesta 3	Valor de respuesta 2	Valor de respuesta 1
Edad:	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
Inicio de vida sexual activa (edad):	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Inicio de primera menstruación (edad):	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años
Escolaridad (años de estudio):	Primaria	Secundaria trunca	Secundaria terminada	Preparatoria trunca	Preparatoria terminada
Como influyo tu grado de escolaridad:	Demasiado	Mucho	Poco	Muy poco	Nada
Estado civil:	Ninguno de los anteriores	Soltera	Novia	Unión libre	Casada
Afiliación a algún servicio de salud:	no tiene	SSA	IMSS	ISSSTE	Privado
Como influyo tu afiliación a algún servicio de salud:	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
Método anticonceptivo que conoce más:	Todos los anteriores	Preservativo	Hormonales	Dispositivo	Parche
Como influyo el método anticonceptivo que conoces:	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
Consultas durante el embarazo:	Más que los anteriores	2	4	6	0
Conoce algún apoyo (programa de gobierno) dirigido a los adolescentes (especifique):	Ninguno	SSA	SEP	SEDESOL	SEE
Como influyo el programa dirigido a los jóvenes que conoces:	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
Actividad que realizaba antes de quedar embarazada:	Ninguno de los anteriores	Estudiar	Trabajar	Ama de casa	Deporte
Que tanto cambio su plan de vida al momento de haber quedado Embarazada:	Demasiado	Mucho	Poco	Muy Poco	Nada
Escolaridad su padre o tutor:	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura
Como influyo el grado de escolaridad de tu padre o tutor	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado

Numero de instituciones educativas cerca de casa:	1	2	3	4	Más que los anteriores
Como influyo el número de escuelas cerca de tu casa:	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
Quien te proporciono algún tipo de información sobre sexualidad y salud reproductiva:	Profesor	Especialista	Amiga (o)	Familiar	Vecino
Como influyo la información sobre sexualidad y salud reproductiva que te brindaron:	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado
Recuerda quien impartió las pláticas sobre sexualidad y salud reproductiva:	Profesor	Sicólogo Particular	Personal de SSA	Personal SEE	Alguno diferente a los anteriores
Que tanto cambio su plan de vida	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Demasiado

3.4 Lugares y personas a las que se les se aplicara el instrumento.

¿Cómo se delimita una Población Objetivo?

Una vez que se ha definido cuál será la unidad de muestreo/análisis, se procede a delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Así, una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Hernández, 2010).

Suele ocurrir por ejemplo que algunos estudios que sólo se basan en muestras de estudiantes universitarios (porque es fácil aplicar en ellos el instrumento de medición, pues están a la mano) hagan generalizaciones temerarias sobre jóvenes que tal vez posean otras características sociales. Es preferible, entonces, establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales. Las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo (Hernández, 2010)

De lo anterior se desprende que en la presente investigación, se entiende por la definición de la población objetivo a las mujeres embarazadas que tienen entre 15 y 19 años de edad, que son Michoacanas y que además viven en zona metropolitana de la ciudad de Morelia.

Por otra parte, permite hacer una investigación costeable, con cuestionarios tipo encuesta se pretende que serán respondidos por todas las mujeres embarazadas que tienen entre 15 y 19 años de edad y con control de edad y ubicación de su residencia, podemos encontrar a las mujeres embarazadas que tienen entre 15 y 19 años de edad, en los centros de salud públicos Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaria de Salud, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (IMSS, SSA, ISSSTE) y privados Star-Medica y Memorial de la ciudad de Morelia.

3.5 Cálculo de los resultados del instrumento

Con relación a la medición de los datos que se obtengan del instrumento del presente proyecto de investigación se realizarán las pruebas estadísticas de la estadística clásica que a menudo se resume en términos de algunas de sus características, conocidas como momentos en la distribución. Los momentos más comunes son la media, o valor esperado, la varianza, identificando la moda, desviación estándar, rango, frecuencia relativa y frecuencia absoluta. La estadística es muy importante en el sector empresarial ya que es capaz de incidir en las decisiones individuales que influyen en nuestra vida, así como establecer relaciones de mayor eficacia y eficiencia. Es decir que influye de manera directa en el bienestar de las mujeres adolescentes de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Los datos describen atributos de interés en un conjunto de objetos de estudio. Podemos considerar dichos datos en sí mismos, y buscar maximizar el uso de la información que nos brindan. Sin embargo, la teoría probabilística va más allá, e implica la utilización de modelos, lo que lleva a ver los datos como realización de una ley más general. A partir de la interacción del análisis de datos y la teoría probabilística surge poner a prueba nuestra hipótesis a partir de los propios datos muestrales.

La estadística es la ciencia que recoge, organiza, presenta, analiza e interpreta datos con el fin de proporcionar la toma de decisiones más eficaz. La estadística es el fundamento de la econometría, que puede definirse en forma amplia como el estudio sistemático de los fenómenos económicos utilizando datos observados. La metodología estadística interviene en la generación de los datos económicos. Es el caso cuando es imposible observar los actos económicos de la totalidad de los millones de agentes que interactúan en una economía y se debe obtener la información correspondiente por muestreo y realizar inferencias sobre las implicancias de cierta hipótesis a nivel de la población completa. La estadística proporciona herramientas teóricas para abordar este problema (Casacuberta, 2004).

CAPÍTULO IV.

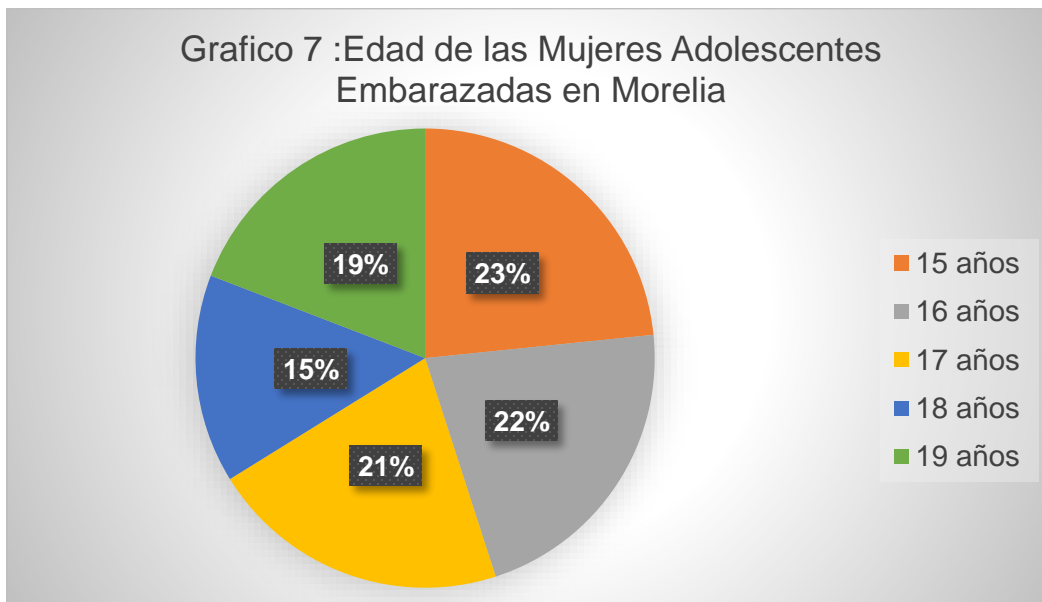
ANÁLISIS DE DATOS

4.1 Análisis de datos de encuesta

4.1.1 Variable dependiente:

Embarazos no deseados en mujeres adolescentes en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

Se identificó que de nuestro grupo de 402 mujeres adolescentes encuestadas la mayor frecuencia se presenta en la edad de 15 años, con una frecuencia del 23%.



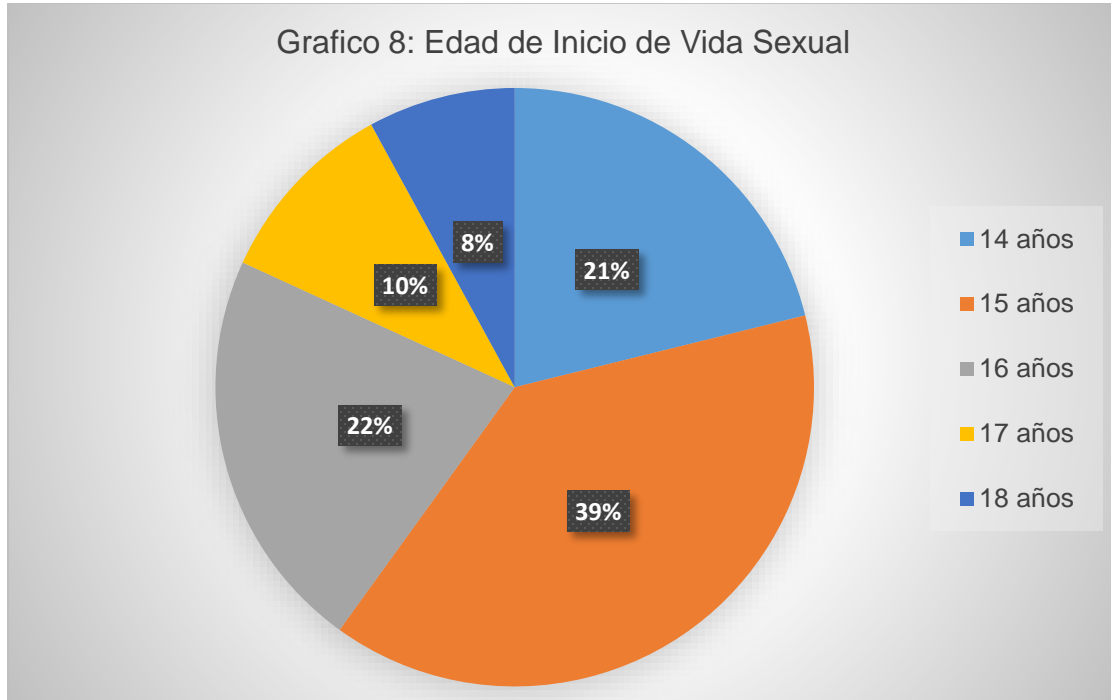
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Edad de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
15 años	23%	94
16 años	22%	87
17 años	21%	85
18 años	15%	59
19 años	19%	77
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	17.34
Mediana	17 años
Moda	15 años
Varianza	51.37
Desviación estándar	7.16

Se identificó que de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes encuestadas la edad de inicio de vida sexual, con una mayor frecuencia absoluta 156 adolescentes en la edad de 15 años y con una frecuencia relativa del 39%.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
14 años	21%	85
15 años	39%	156
16 años	22%	88
17 años	10%	41
18 años	8%	32
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

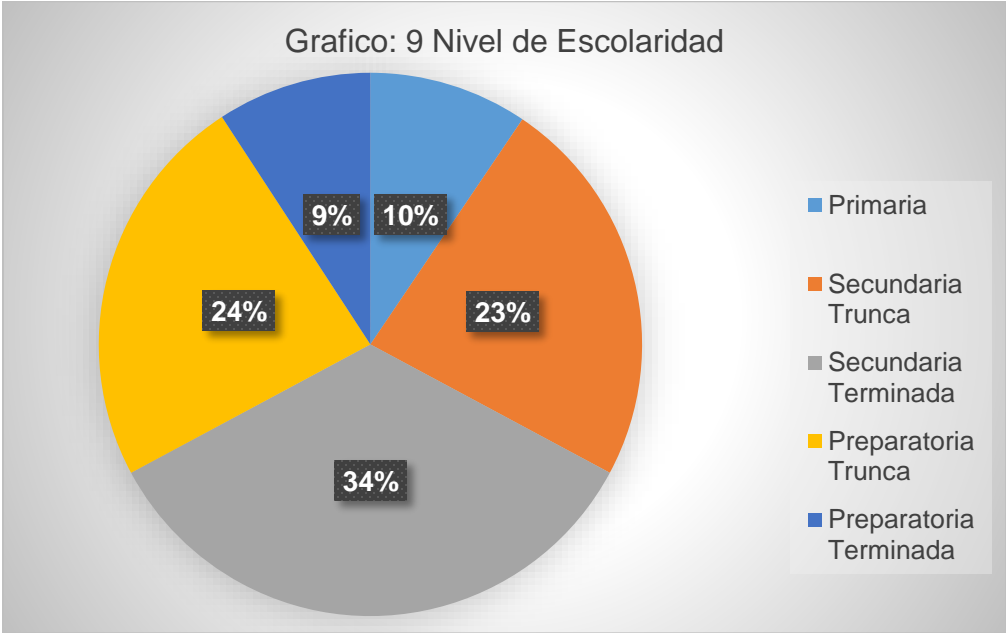
Media	15.95
Mediana	15 años
Moda	15 años
Varianza	75.95
Desviación estándar	8.71

Con relación a los embarazos no deseados en mujeres adolescentes en la ciudad de Morelia, Michoacán, que es nuestra variable dependiente podemos observar que de acuerdo con los datos, se puede identificar que de nuestra muestra de 402 mujeres adolescentes encuestadas en la ciudad de Morelia la mayor frecuencia se presenta en la edad de 15 años, con 94 mujeres con una frecuencia del 23%; también podemos observar que la edad de inicio de vida sexual es de 15 años, con una mayor frecuencia absoluta 156 adolescentes en la edad de 15 años y con una frecuencia relativa del 39%, cabe hacer mención que de acuerdo a nuestros datos la tendencia de inicio de vida sexual entre las mujeres adolescentes en la ciudad de Morelia, es hacia menor edad como observamos en la gráfica el segundo lugar son las mujeres de 14 años y esto lo podemos confirmar también con el segundo lugar entre las adolescentes encuestadas.

4.1.2 Variable independiente: grado de escolaridad

Entre las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán.

Se identificó que de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes encuestadas el grado de escolaridad que obtienen es la secundaria terminada que equivale en términos normales 13 o 14 años de preparación, con una mayor frecuencia absoluta 138 mujeres adolescentes y con una frecuencia relativa del 34%.



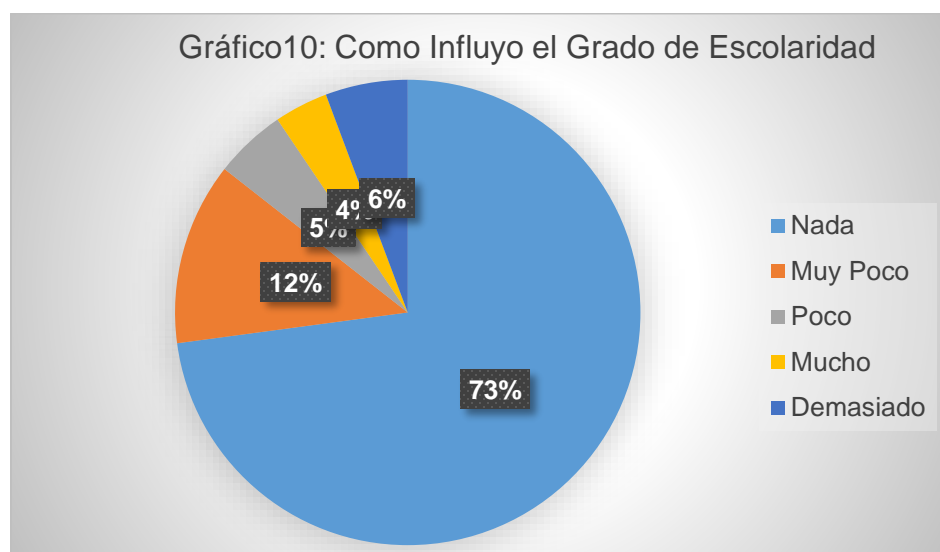
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Tabla 8: Grado de escolaridad entre las mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Primaria	10%	38
Secundaria Trunca	23%	94
Secundaria Terminada	34%	138
Preparatoria Trunca	24%	95
Preparatoria Terminada	9%	37
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	8.6
Mediana	Secundaria Terminada
Moda	Secundaria Terminada
Varianza	82.55
Desviación estándar	9.08

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes encuestadas la influencia del grado de escolaridad para que quedaran embarazadas es nula o no existe ninguna influencia, con una mayor frecuencia absoluta 293 mujeres adolescentes y con una frecuencia relativa del 73%.



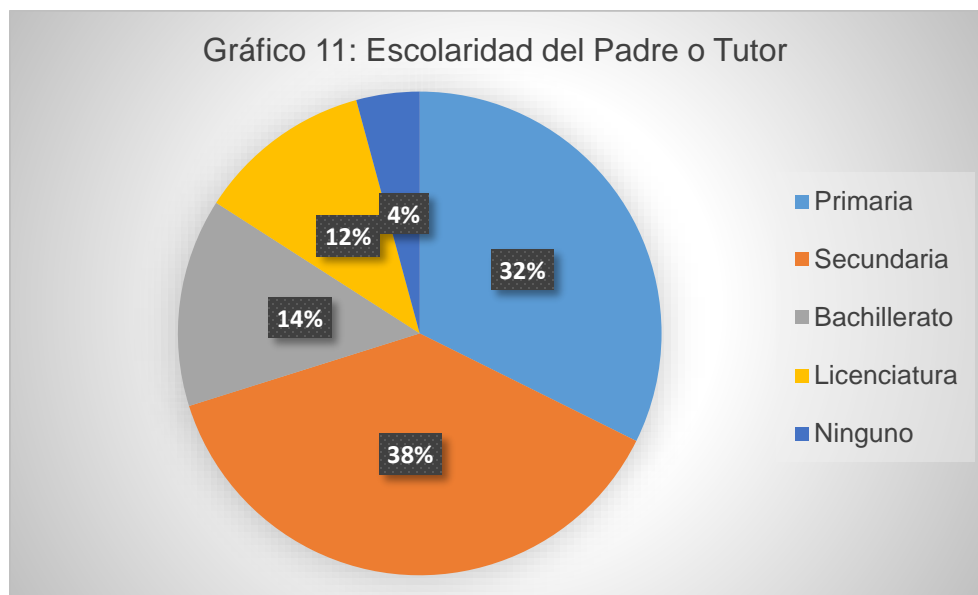
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Tabla 9: Como influyo el grado de escolaridad de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Nada	73%	293
Muy Poco	12%	51
Poco	5%	20
Mucho	4%	15
Demasiado	6%	23
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	2.06
Mediana	Nada
Moda	Nada
Varianza	219.36
Desviación estándar	14.81

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas la escolaridad del padre o tutor, con una mayor frecuencia absoluta 152 mujeres adolescentes y con una frecuencia relativa del 38%.



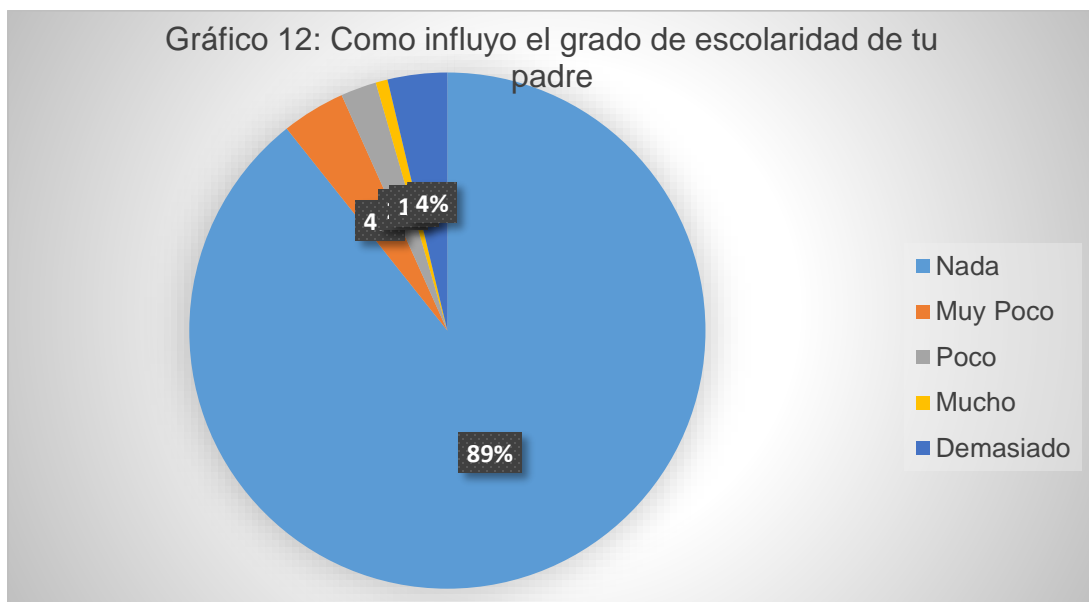
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Tabla 10: Escolaridad su padre o tutor de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Primaria	32%	130
Secundaria	38%	152
Bachillerato	14%	56
Licenciatura	12%	47
Ninguno	4%	17
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	9.08
Mediana	Secundaria
Moda	Secundaria
Varianza	96.63
Desviación estándar	9.83

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas según su opinión no existe influencia alguna la escolaridad del padre o tutor, para que ellas quedaran embarazadas lo vemos con una frecuencia absoluta 359 y con una frecuencia relativa del 89%.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Tabla 11: Como Influyó la Escolaridad su padre o tutor de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Nada	89%	359
Muy Poco	4%	16
Poco	2%	9
Mucho	1%	3
Demasiado	4%	15
Total	100%	402

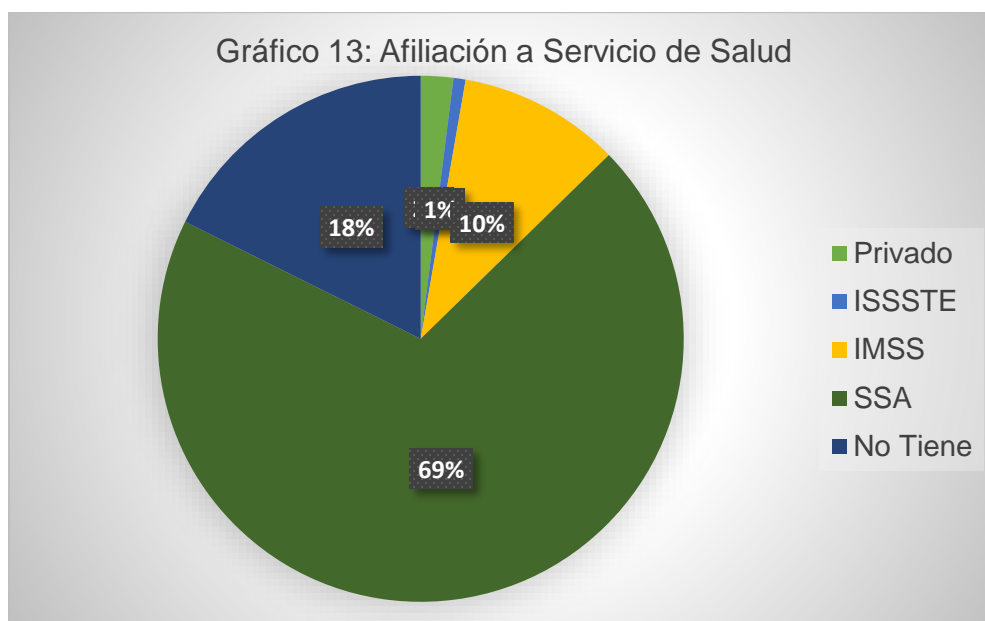
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	1.74
Mediana	Nada
Moda	Nada
varianza	319.37
desviación estándar	17.87

Se puede comprobar que en la variable Independiente, grado de escolaridad de las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán, existe un modelo de conducta con relación a la educación que recibieron los padres, es decir podemos confirmar al menos con los datos recabados las mujeres adolescentes embarazadas estudiaron hasta la secundaria y también sus padres solo estudiaron hasta este nivel de escolaridad y a decir de las propias mujeres adolescentes no existen ninguna influencia de comportamiento de su grado de escolaridad con sus embarazos pero podemos ver que si existe este patrón de conducta.

4.1.3 Variable independiente: Cobertura de servicios de salud

Entre las mujeres adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán. Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas que tienen la atención o Afiliación al sector salud que ofrece el Servicio de Salud del gobierno del estado de Michoacán, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 280 y con una frecuencia relativa del 69%.



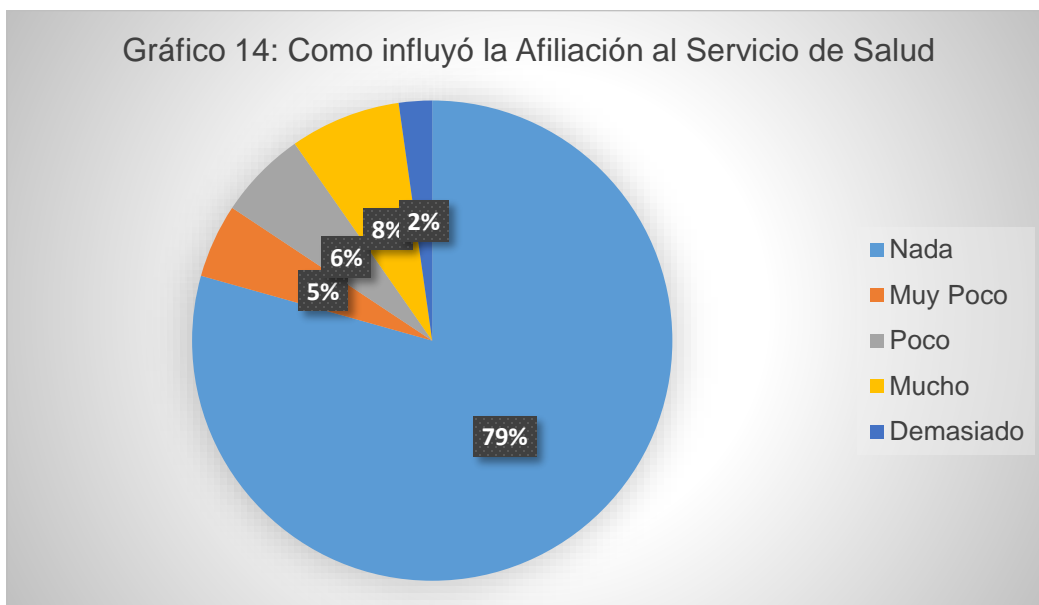
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Tabla 12: Que afiliación a algún servicio de salud tienen de las Mujeres Adolescentes Embarazadas en Morelia	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Privado	2%	8
ISSSTE	1%	3
IMSS	10%	40
SSA	69%	280
No Tiene	18%	71
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	4.01
Mediana	SSA
Moda	SSA
Varianza	204.41
Desviación estándar	14.29

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas consideran que no existe ninguna influencia su Afiliación a algún servicio de Salud para que quedaran embarazadas, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 319 y con una frecuencia relativa del 79%.



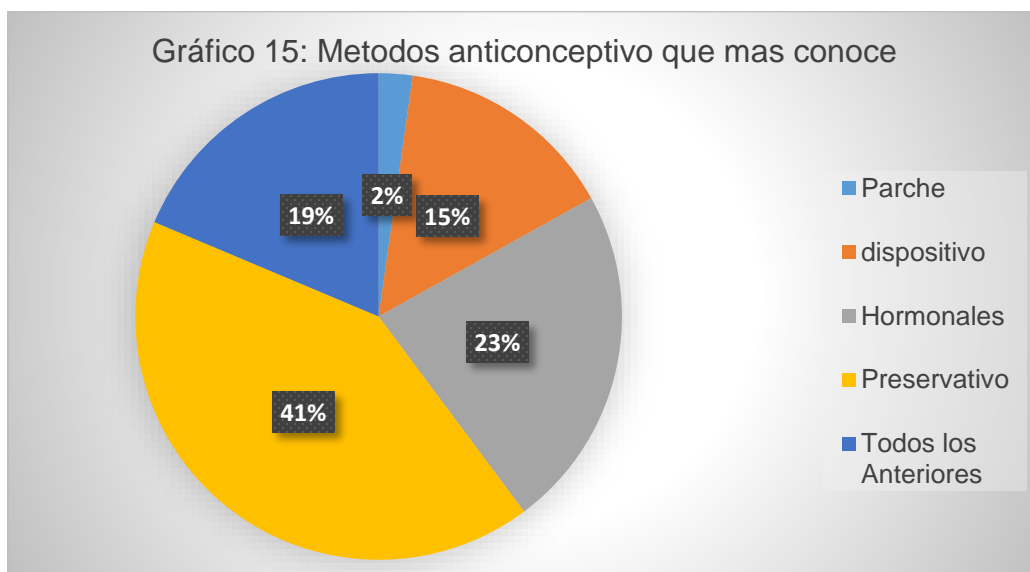
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Nada	79%	319
Muy Poco	5%	20
Poco	6%	24
Mucho	8%	32
Demasiado	2%	8
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	1.97
Mediana	Nada
Moda	Nada
Varianza	254.74
Desviación estándar	15.96

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas el método anticonceptivo que más conocen es el preservativo, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 167 y con una frecuencia relativa del 41%.



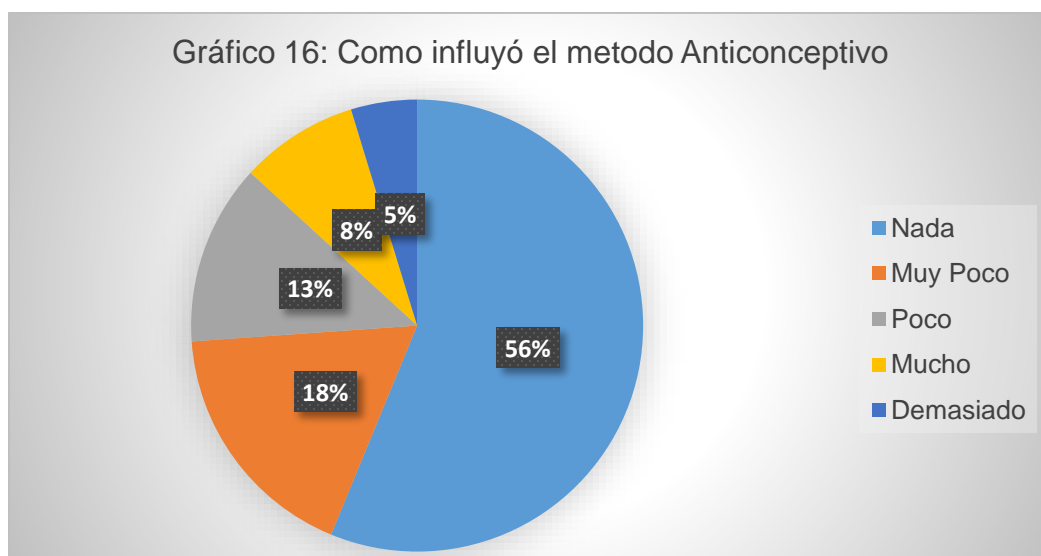
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Método anticonceptivo	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Parche	2%	9
Dispositivo	15%	59
Hormonales	23%	92
Preservativo	41%	167
Todos los Anteriores	19%	75
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	4.01
Mediana	Preservativo
Moda	Preservativo
Varianza	105.72
Desviación estándar	10.28

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas consideran que no existe ninguna influencia del método anticonceptivo que más conocen para que quedaran embarazadas, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 319 y con una frecuencia relativa del 56%.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Nada	56%	226
Muy Poco	18%	71
Poco	13%	52
Mucho	8%	34
Demasiado	5%	19
Total	100%	402

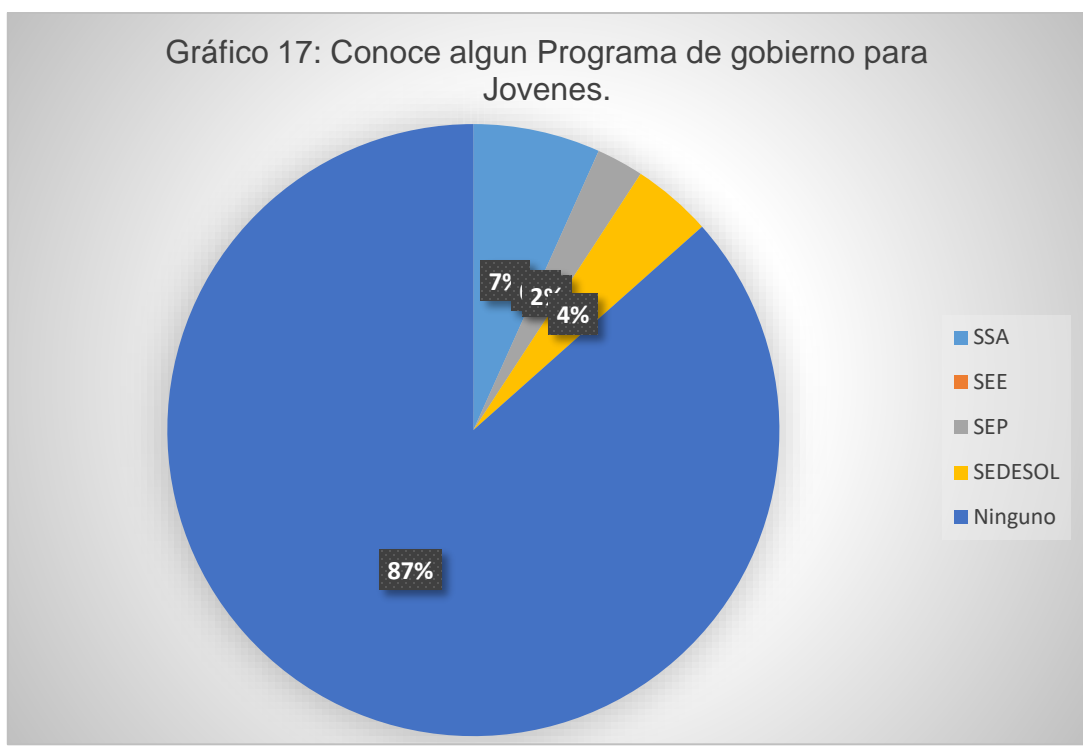
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	2.36
Mediana	Nada
Moda	Nada
Varianza	145.43
Desviación estándar	12.05

Se puede observar que en la variable Independiente, servicios de salud de las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán, existe poca atención a las mujeres adolescentes y no hay un seguimiento clínico para con sus historial ginecológico al menos para las mujeres adolescentes en Morelia, observamos que la atención más concurrente se da en el sector salud que ofrece del gobierno del estado pero una vez que se presenta el embarazo, vemos también que todas las mujeres adolescentes conocen y al menos han usado algún método anticonceptivo pero desde su percepción no existe ninguna influencia con relación a su embarazo pero por otro lado observamos con los datos recabados, las mujeres adolescentes embarazadas conocen y utilizan el método anticonceptivo que no pueden controlar por si mismas el preservativo ya que depende de la buena utilización de este método pero está diseñado para los hombres.

4.1.4 Variable independiente: coordinación gubernamental

Los programas para las Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán. Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas consideran que no conocen ningún programa de gobierno dirigido a las mujeres adolescentes, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 348 y con una frecuencia relativa del 87%.



Fuente:

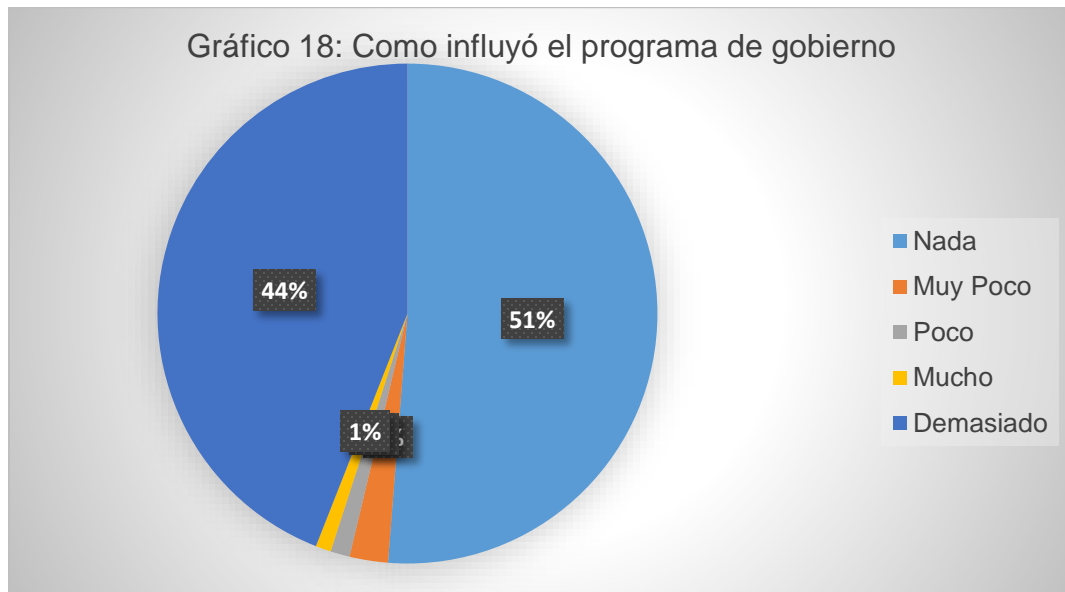
Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
SSA	7%	27
SEE	0%	0
SEP	2%	10
SEDESOL	4%	17
Ninguno	87%	348
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	4.65
Mediana	Ninguno
Moda	Ninguno
varianza	295.73
Desviación estándar	17.19

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas consideran que no existe ninguna influencia si conocen o no algún programa de gobierno dirigido a las mujeres adolescentes, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 206 y con una frecuencia relativa del 51%.



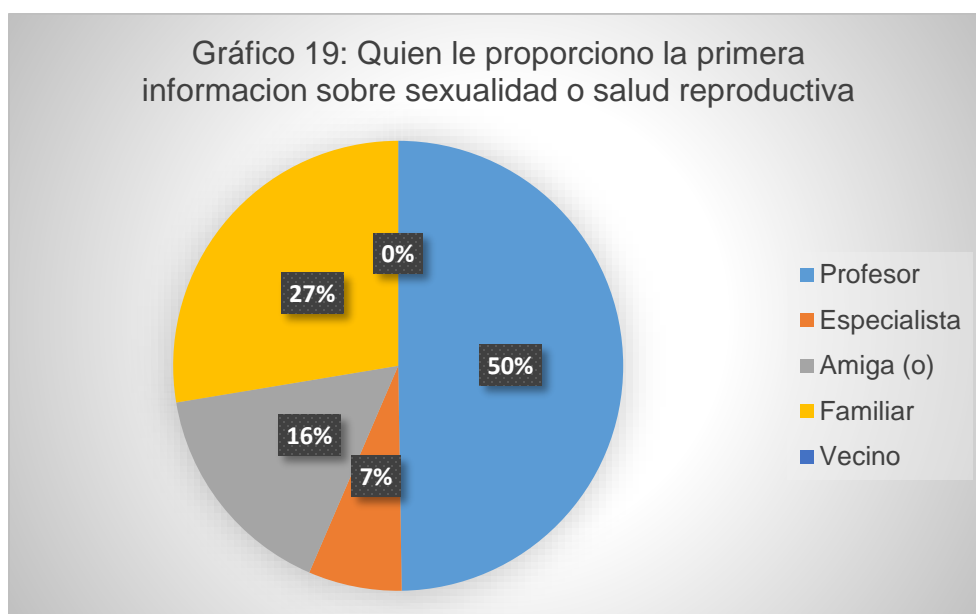
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Tabla 17: Como influyó el programa de gobierno que conoces para las Mujeres Adolescentes en Morelia.	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Nada	51%	206
Muy Poco	2%	10
Poco	1%	5
Mucho	1%	4
Demasiado	44%	177
Total	99%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	2.84
Mediana	Nada
Moda	Nada
Varianza	52.33
Desviación estándar	7.23

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas quien les proporcione la primera información sobre sexualidad y salud reproductiva fue un profesor, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 200 y con una frecuencia relativa del 50%.



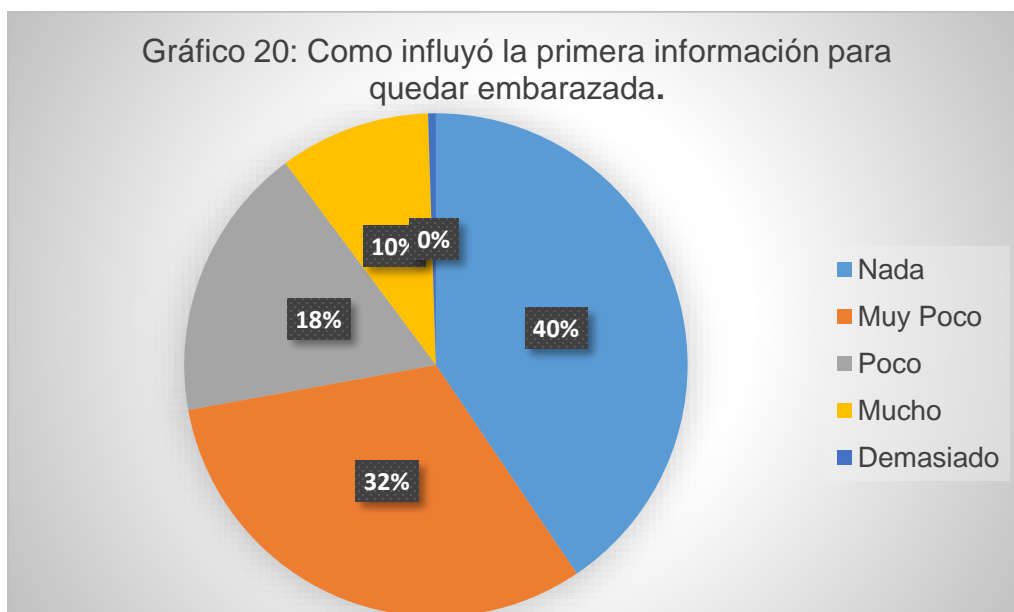
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Profesor	50%	200
Especialista	7%	27
Amiga (o)	16%	64
Familiar	27%	111
Vecino	0%	0
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	2.21
Mediana	Especialista
Moda	Profesor
Varianza	138.13
Desviación estándar	11.75

Se identificó de nuestro de grupo 402 mujeres adolescentes embarazadas encuestadas consideran que no existe ninguna influencia la primera información sobre sexualidad o salud reproductiva para quedar, según los datos recabados lo vemos con una frecuencia absoluta 163 y con una frecuencia relativa del 40%.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Nada	40%	163
Muy Poco	32%	127
Poco	18%	71
Mucho	10%	39
Demasiado	0%	2
Total	100%	402

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de encuesta aplicada.

Media	1.98
Mediana	Muy poco
Moda	Nada
Varianza	44.11
desviación estándar	6.64

Se puede observar que en la variable Independiente, coordinación gubernamental que se desconoce los programas de gobierno dirigidos a las mujeres adolescentes al menos por los datos recolectados entre las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán, existe poca promoción o publicidad de cuáles son estos y que dependencia encabeza los trabajos dirigidos a las mujeres adolescentes; también podemos identificar que desde el punto de vista de las mujeres encuestadas no influye de manera contundente pero cabe hacer mención que esta variable no existe uniformidad sobre la mencionada influencia debido a que si bien el 51% de la encuestadas dice que no existe influencia; si observamos bien los datos también podemos ver que un 44% dice que influyó demasiado no saber o no contar con un programa de gobierno dirigido a las mujeres adolescentes. En cuanto a la primera información podemos ver que los profesores juegan un papel determinante con un 50% para prevenir o no el embarazo no deseado entre mujeres adolescentes en Morelia.

4.2 Resultados

Los resultados del análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo de cada una de nuestras variables independientes grado de escolaridad, cobertura de servicios de salud y coordinación interinstitucional, se concluyen que el embarazo no deseado entre adolescentes es un tema multifactorial, es decir un tema macro-relacionado no podemos determinar con estas variables una significancia absoluta o dependencia marcada entre ellas para con nuestra variable dependiente (Embarazos no deseados en adolescentes), pero estas variables nos permiten la senda explicativa de lo que ocurre de este fenómeno entre las adolescentes, sus características y sus definiciones de convertirse en madres o no y porque causas alcanzar prevenirse.

Los embarazos no deseados en adolescentes es un reto a asumir, que exige la participación de todos, se debe tener en cuenta que es una responsabilidad colectiva, porqué de no ser así veremos consecuencias a mediano plazo de salud pública, de educación y largo plazo de desarrollo humano en la sociedad, debemos dimensionarlo como un macro-problema poblacional.

Teniendo en cuenta lo anterior se extractan una serie de conclusiones generales, evidenciadas en el trabajo de campo que desde nuestro punto de vista es el más valioso y sirve de punto de partida:

Variable Dependiente: Embarazos No Deseados en Mujeres Adolescentes en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

- En los casos analizados, se concluye que la edad promedio de nuestras encuestadas fue de 17.34 años de edad, entrevistando a 402 mujeres adolescentes embarazadas en Morelia, Michoacán, la moda de entrevista fue a las de 15 años, mediana en los 17 años con una varianza del 51.37 y una desviación estándar del 7.16 y la edad promedio del inicio de vida sexual de mujeres adolescentes embarazadas en Morelia, Michoacán, es de 15.95 años de edad, la moda se dio las mujeres adolescentes de 15 años, mediana 16 años, una varianza de 75.95 y una desviación estándar de 8.71.

Variable Independiente: Grado de Escolaridad entre las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán.

En los casos analizados, se concluye que el grado de escolaridad de las 402 Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán, es de 8.6 años de estudio, lo que equivale a estar en la secundaria la moda se da en secundaria terminada y la mediana en secundaria incompleta con una varianza de 82.55 y una desviación estándar 9.08, las mujeres especifican que desde su punto de vista no influye en nada su grado de escolaridad con su embarazo, con una media del 2.06, moda y mediana, una varianza del 219.36 y una desviación estándar del 14.81. De la misma manera la escolaridad de los padres o tutores de las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas es de 9.08 años de estudio es decir que encuentran en grado igual que sus hijas en secundaria, con una moda de secundaria y una mediana en secundaria también, una varianza de 96.63 y una desviación estándar del 9.83. Las mujeres especifican que desde su punto de vista no influye en nada el grado de escolaridad de su padre o tutor con su embarazo con una media del 1.74, moda y mediana en ninguna influencia, una varianza del 319.37 y una desviación estándar del 17.87.

Variable Independiente: Servicios de Salud entre las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán.

En los casos analizados, se concluye que la afiliación del servicio de salud entre las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán, es el sector salud, con una media 4.01 de las mujeres encuestadas, una mediana y moda también en el sector salud del gobierno del estado, con una varianza del 204.41 y una desviación estándar del 14.29. Las mujeres adolescentes embarazadas especifican que desde su punto de vista no influye en nada su afiliación a algún servicio de salud para que quedaran embarazadas, con una media del 1.97, una moda y mediana en ninguna influencia, una varianza del 254.74 y una varianza del 15.96; con relación al método anticonceptivo que más conocen y han utilizado el preservativo es el más conocido y utilizado con una media del 4.01 y una moda según los datos recabados, una mediana en el

preservativo, con una varianza del 105.72 y una desviación estándar del 10.28. Las mujeres adolescentes embarazadas especifican que desde su punto de vista no influye en nada el método anticonceptivo que más conocen y que utilizan con una media del 4.65, moda y media en ninguna influencia, una varianza del 295.73 y una desviación estándar del 17.19.

Variable Independiente: coordinación gubernamental en programas para las Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán.

En los casos analizados, se concluye que las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán, no conocen ningún programa de gobierno dirigido a los adolescentes con una media del 4.65, una moda y mediana en desconocer algún programa de gobierno, con una varianza del 295.73 y una desviación estándar del 17.19. Las mujeres adolescentes embarazadas especifican que desde su punto de vista no influye en nada que conozcan un programa de gobierno dirigido a los adolescentes, con una media del 2.84, moda y mediana en ninguna influencia con una varianza del 52.33 y una desviación estándar del 7.23; La primera información que recibieron las Mujeres Adolescentes Embarazadas encuestadas en Morelia, Michoacán sobre sexualidad y salud reproductiva, fue por parte de algún profesor con una media de 2.21, una moda en los profesores y mediana en algún especialista, una varianza del 138.13 y desviación estándar del 11.75; Las mujeres adolescentes embarazadas especifican que desde su punto de vista no influye en nada quien les proporcione la primera información sobre sexualidad y salud reproductiva con una media del 1.98, una moda de ninguna influencia y una mediana en muy poco, una varianza del 44.11 y una desviación estándar del 6.64.

Amen a lo anterior y partiendo de nuestra pregunta de investigación ¿Cómo influyó el grado de escolaridad, la cobertura de servicios de salud y la coordinación interinstitucional en el número de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes en la ciudad de Morelia (Michoacán) durante el período 2015-2018? planteamos una posible respuesta a través de la hipótesis de investigación, donde consideramos que El grado de escolaridad, la cobertura de servicios de salud y la

coordinación interinstitucional determinaron un menor número de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de la ciudad de Morelia (Michoacán) durante el período 2015-2018.

Después de utilizar análisis de correlación y regresión, llevando acabo varias pruebas a los datos obtenidos en el trabajo de campo y recabados por el cuestionario del instrumento, donde propusimos varias preguntas como indicadores de nuestra variable dependiente, así como las preguntas de las variables independientes y sus respectivos indicadores de medición, conseguimos la siguiente relación directa:

Resumen					
<i>Estadísticas de la regresión</i>					
Coeficiente de correlación múltiple	0.516871753				
Coeficiente de determinación R ²	0.267156409				
R ² ajustado	0.259772594				
Error típico	1.01349333				
Observaciones	402				
Análisis de varianza					
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	4	148.6574224	37.16435561	36.1813542	8.65728E-26
Residuos	397	407.7859855	1.027168729		
Total	401	556.443408			
	<i>Coeficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>
Intercepción	1.86892213	0.364443177	5.128157833	4.5831E-07	1.152442361
X1 Grado de escolaridad	0.540569268	0.047650469	11.34446908	4.9944E-26	0.446890475

La hipótesis de análisis de correlación y regresión, existe una influencia directa entre la variable dependiente Y embarazos no deseados entre las adolescentes y nuestra variable independiente X1 grado de escolaridad es significativo en un 4.994E-26, es decir por cada grado de escolaridad que tengas más las adolescentes disminuye un 54% la probabilidad que las mujeres adolescentes queden embarazadas.

Por lo que respecta a la correlación que existe entre la variable independiente X2 cobertura de servicios de salud y la variable dependiente Y embarazos no deseados entre las adolescentes; encontramos que la variable X2 tiene un influencia directa del 0.27849833 sobre la Y, esto quiere decir que por cada grado que se mejore en la cobertura de servicios de salud, existe relación directa de probabilidad que los embarazos no deseados entre las adolescentes disminuya un 5% con ello se comprueba nuestra hipótesis como podemos observar a continuación:

Resumen

Estadísticas de la regresión	
Coeficiente de correlación múltiple	0.22670663
Coeficiente de determinación R ²	0.0513959
R ² ajustado	0.04183817
Error típico	1.15307551
Observaciones	402

Análisis de Varianza

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	4	28.5989075	7.14972688	5.37741999	0.00031672
Residuos	397	527.8445	1.32958312		
Total	401	556.443408			
	Coeficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%
Intercepción	1.98356989	0.49404103	4.01499018	7.1089E-05	1.01230626
X2 cobertura de servicios de salud	-0.05424367	0.04998566	-1.08518482	0.27849833	-0.15251335

Existe correlación directa que se menciona en la hipótesis de relación que existe entre la variable independiente X3 coordinación interinstitucional y la variable dependiente Y embarazos no deseados entre las adolescentes; encontramos que la variable X3 tiene un influencia del 0.11994461 sobre la Y, esto quiere decir que por cada grado que se mejore en la coordinación interinstitucional, existe una relación directa de posibilidad que los embarazos no deseados entre las

adolescentes disminuya un 9% con ello se comprueba nuestra hipótesis como podemos observar a continuación:

Resumen					
<i>Estadísticas de la regresión</i>					
Coeficiente de correlación múltiple	0.20293305				
Coeficiente de determinación R ²	0.04118182				
R ² ajustado	0.03152119				
Error típico	1.15926674				
Observaciones	402				
ANÁLISIS DE VARIANZA					
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	4	22.9153532	5.7288383	4.26284763	0.00217387
Residuos	397	533.528055	1.34389938		
Total	401	556.443408			
	<i>Coeficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>
Intercepción	3.31133494	0.36647422	9.03565597	7.2236E-18	2.59086223
X3 coordinación interinstitucional	0.09140526	0.05865476	1.55836047	0.11994461	-0.0239075

Finalmente podemos aceptar la hipótesis planteada en esta investigación, donde se señala, que El grado de escolaridad, la cobertura de servicios de salud y la coordinación interinstitucional determinaron un menor número de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de la ciudad de Morelia (Michoacán) durante el período 2015-2018. Existe una correlación entre la variable dependiente y las variables independientes, cabe hacer mención que la variable independiente grado de escolaridad influye de manera directa mientras que las otras dos variables independientes la cobertura de servicios de salud y coordinación interinstitucional solo lo hacen de manera marginal.

CAPÍTULO V. PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA

Nuestra carta magna es decir el documento que rige la vida interna y política en ella se establecen las directrices generales de los derechos humanos, y garantías individuales de los mexicanos y a partir de ella es que se desprende como soporte estructural y fundamental de nuestra investigación, el encuadre legal:

El Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que:

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Artículo 73.- de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que:

El Congreso tiene facultad:

Fracción XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

El Consejo de Salubridad General es un órgano colegiado que depende directamente del Presidente de la República y tiene el carácter de autoridad

sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emita serán de carácter obligatorio y general en el país.

La Organización y funcionamiento se rige por su Reglamento Interior como lo establece el artículo 16 de la Ley General de Salud.

Fracción XXIX-P. Expedir leyes que establezcan la concurrencia de la Federación, las entidades federativas, los Municipios y, en su caso, las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes, velando en todo momento por el interés superior de los mismos y cumpliendo con los tratados internacionales de la materia de los que México sea parte;

Pero también la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 26 lo siguiente:

El artículo 26º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que: “El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación” jurídicamente este párrafo se convierte en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y

Se establece en el artículo 73 fracción XXIX-D. Para expedir leyes sobre planeación nacional del desarrollo económico y social, así como en materia de información estadística y geográfica de interés nacional;

El Estado contará con un Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, que será un órgano autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propios, a cargo de la medición de la pobreza y de la evaluación de los programas, objetivos, metas y acciones de la política de desarrollo social, así como de emitir recomendaciones en los términos que disponga la ley, la cual establecerá las formas de coordinación del órgano con las autoridades federales, locales y municipales para el ejercicio de sus funciones.

Así entonces, en el 2004, el H. Congreso de la Unión aprobó por unanimidad la Ley General de Desarrollo Social, la cual sienta las bases para la creación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Con el objeto de coordinar los trabajos de la administración pública federal para el uso de las herramientas de monitoreo y evaluación a través de la Gestión para Resultados (GpR), el CONEVAL, en conjunto con las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, emitió los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, donde se menciona la necesidad de la elaboración de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) de todos los programas federales (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

Dicha Matriz tiene su fundamento en la Metodología del Marco Lógico, la cual es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Está enfocado en el cumplimiento de objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y la facilitación de la participación y la comunicación entre las partes interesadas (ILPES, 2004).

A continuación, se presenta una propuesta de política pública para la prevención de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes en Morelia, Michoacán; la cual se apega a los diez pasos propuestos metodológicos en la Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados la cual fue publicada por el CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

La MIR es una herramienta que facilita el diseño, la organización y el seguimiento de los programas. Consiste en una matriz de cuatro filas por cuatro columnas en la que, de manera general, se presenta la siguiente información (Ortegón, Pacheco, & Prieto, 2005):

a) Los objetivos del programa, su alineación y contribución a los objetivos de nivel superior.

b) Los bienes y servicios que entrega el programa a sus beneficiarios para cumplir su objetivo, así como las actividades para producirlos.

c) Los indicadores que miden el impacto del programa, el logro de los objetivos, la entrega de los bienes y servicios, así como la gestión de las actividades para producir los entregables.

d) Los medios para obtener y verificar la información con la que se construyen y calculan los indicadores.

e) Los riesgos y las contingencias que pueden afectar el desempeño del programa y que son ajenos a su gestión.

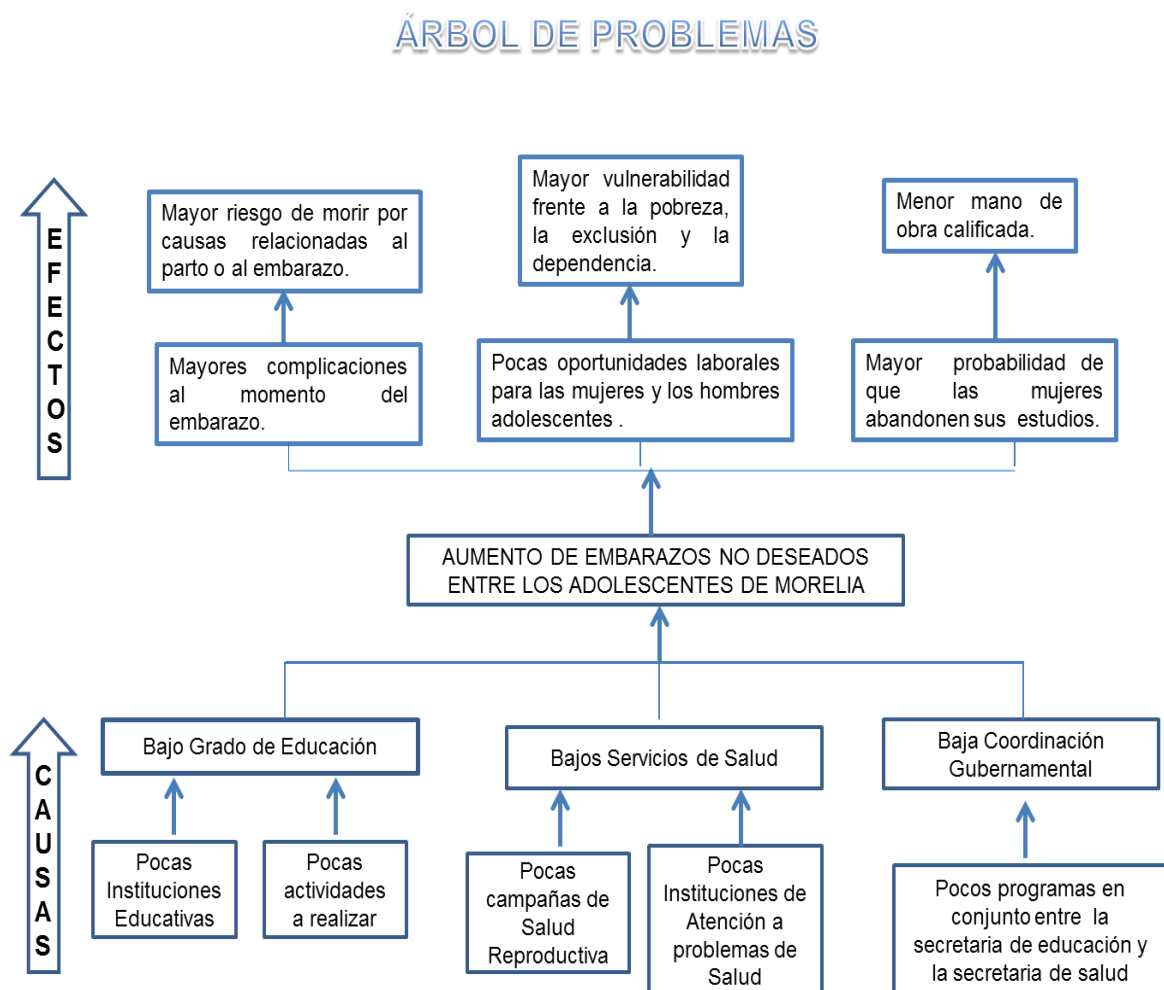
Paso 1: Identificación del problema

El origen de una política pública se da a partir del reconocimiento, por parte del gobierno, de un problema que juzga como público que, debe ser resuelto. Para asegurar un buen análisis es necesario, en primer lugar, conocer el problema plenamente para poder proponer alternativas de solución que respondan a ese problema. Para identificarlo, hay diferentes metodologías; la que se aborda aquí es la del árbol de problema y de objetivos (Aldunate & Córdoba, 2011).

5.1 Árbol de Problemas.

El árbol de problemas está compuesto por el árbol de efectos y el árbol de causas. Una vez identificado el problema central se grafica el árbol de efectos hacia arriba, para ello hay que seguir un orden causal ascendente. Para la identificación de los efectos, se debe responder a la pregunta: ¿cuáles son las consecuencias de que exista dicho problema? Posteriormente, a partir del problema central, hacia abajo se identifican las causas que originaron el problema; para ello, se responde la pregunta ¿qué ha llevado a la existencia del problema? (Ortegón, Pacheco, & Prieto, 2005).

Diagrama 1. Árbol de problemas

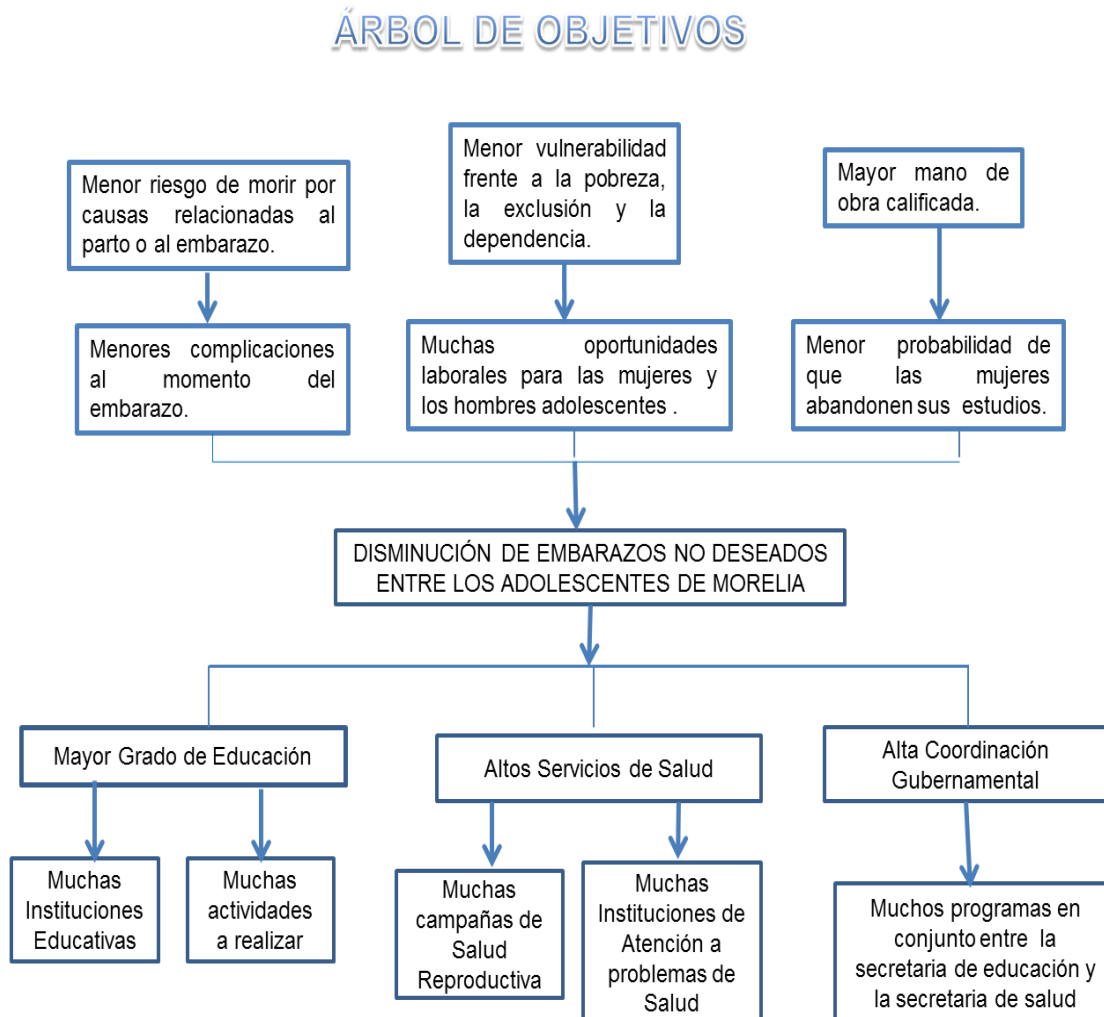


Fuente: elaboración propia con base en la MML y la MIR (LPES, 2004; CONEVAL, 2016)

5.2 Árbol de objetivos

Para construir el Árbol de Objetivos se toma como base el Árbol de Problemas, buscando para cada uno de los recuadros de dicho árbol la manifestación contraria allí indicadas, todo lo negativo se volverá positivo. Al realizar este cambio, los efectos negativos que generaba la existencia del problema pasarán a ser los fines que perseguimos con la solución de éste. Por su parte, las causas se convertirán en los medios con que deberemos contar para poder solucionar efectivamente el problema (Aldunate & Córdoba, 2011).

Diagrama 2. Árbol de Objetivos.



Fuente: elaboración propia con base en la MML y la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016)

5.3 Establecer el Propósito

El propósito es el cambio esperado en la población objetivo como resultado de recibir los bienes o servicios que produce el programa. En el árbol de objetivos, el propósito corresponde al objetivo central. Para construir el propósito, es necesario identificar a la población objetivo y expresar la situación deseada como algo ya logrado y no como algo por lograr. La estructura para redactar el propósito es: población objetivo + el efecto obtenido (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

Tabla 20. Establecer el Propósito	
Nivel	Resumen narrativo
Fin	
Propósito	Disminuir los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.
Componentes	
Actividades	

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016)

5.4 Determinar el Fin:

El fin establece el objetivo u objetivos estratégicos de la autoridad correspondiente, el que busca aportar una solución al mediano o el largo plazo. Para determinar el fin, se toma como punto en cuenta al propósito y se responde a la pregunta ¿para qué se busca conseguir el objetivo principal del programa? Es importante hacer mención que la aplicación del programa no es suficiente para conseguir el objetivo del fin; el alcance de éste depende de la suma de muchas personas e intervenciones desarrolladas por la dependencia ejecutora y en la mayoría de las ocasiones de por otras personas y de otros programas, instituciones o incluso otros niveles de gobierno. Sin embargo, el programa o

programas deben contribuir de manera significativa a alcanzar dicho objetivo. Por tanto, el fin se transcribe en muchos momentos utilizando la palabra “aportar”, con lo que se deja en claro que el programa no es el único que debe intervenir para el logro de dicho fin. (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

Tabla 21. Determinar el Fin:	
Nivel	Resumen narrativo
Fin	Aportar a la disminución de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.
Propósito	Disminuir los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.
Componentes	
Actividades	

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016)

5.5 Proponer los Componentes:

Los componentes son los bienes y servicios que deberán ser producidos o entregados por medio de una dependencia de gobierno, a través de un programa o programas a la población objetivo para cumplir con el propósito. Para la identificación de los componentes, es necesario responder a la pregunta: ¿qué bienes y servicios se deben entregar para lograr el propósito? (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

Tabla 22. Proponer los Componentes:	
Nivel	Resumen narrativo
Fin	Aportar a la disminución de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.

Propósito	Disminuir los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.
Componentes	<ol style="list-style-type: none"> 1) Materia optativa de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres y mujeres. 2) Programa universal de becas para estudiantes en el nivel medio superior. 3) Expediente ginecológico de las mujeres adolescentes a partir de la primera menstruación. 4) Orientación de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres, mujeres y mixto por parte de un especialista. 5) Programa de clases extramuros de artes u oficios para hombres, mujeres y mixto que estén cursando el nivel medio superior. 6) Conferencias del antes y el después de un embarazo en la etapa de la adolescencia, ha estudiantes del que estén cursando el nivel medio superior.
Actividades	

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016)

5.6 Desarrollar las Actividades

Las actividades son las acciones que se deben realizar para producir o entregar los componentes. Para determinar las actividades, es preciso preguntarse: ¿qué se necesita crear para producir el bien o servicio que se le entrega a la población objetivo? Esta pregunta tendrá que formularse para cada uno de los componentes (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

Tabla 23 Desarrollar las Actividades:	
Nivel	Resumen narrativo
Fin	Aportar a la disminución de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.
Propósito	Disminuir los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.
Componentes	<ol style="list-style-type: none"> 1) Materia optativa de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres y mujeres. 2) Programa universal de becas para estudiantes en el nivel medio superior. 3) Expediente ginecológico de las mujeres adolescentes a partir de la primera menstruación. 4) Orientación de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres, mujeres y mixto por parte de un especialista. 5) Programa de clases extramuros de artes u oficios para hombres, mujeres y mixto que estén cursando el nivel medio superior. 6) Conferencias del antes y el después de un embarazo en la etapa de la adolescencia, a estudiantes del que estén cursando el nivel medio superior.
Actividades	<p>A1C1.- Que se instaure la materia optativa de salud sexual y reproductiva en el plan nacional de educación, en el nivel medio superior.</p> <p>A1C2.- Que exista un fondo nacional de subsidio a becas universales a los alumnos del nivel medio superior.</p> <p>A1C3 Que exista un moduló medico en cada escuela (cabe hacer mención que muchas instituciones educativas ya cuentan</p>

	<p>con este servicio pero no llevan un historial clínico solo atienden emergencias).</p> <p>A1C4 Presencia periódica quincenal por parte del personal del sector salud a las instituciones educativas de nivel medio superior.</p> <p>A1C5 Convenio de colaboración entre la ICATMI Y SEP para hacer una extensión a la cobertura del servicio que presta el ICATMI a las alumnas y alumnos del nivel medio superior (SEP).</p> <p>A1C6 Calendarización de conferencias que se llevaran a cabo en las instituciones educativas de nivel medio superior por parte del personal de las diferentes secretarías SSA, SEP, SEE e ICATMI.</p>
--	--

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016)

5.7 Plantear los Supuestos

Los supuestos son los factores externos que se encuentran fuera del control del programa, pero que inciden en el logro o no de los objetivos de éste. Una de las contribuciones que la MIR es que hace la gestión de programas es la identificación de los riesgos y que comprometen el logro de un objetivo o varios objetivos; estos riesgos se reconocen en la MML como supuestos. Para la construcción e identificación de supuestos, es necesario que los riesgos se expresen como situaciones que tienen que cumplirse para que se alcance el siguiente nivel en la jerarquía de objetivos (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

Tabla 24. Plantear los Supuestos:		
Fuentes de Riesgo	Riesgos	Supuestos
Que exista mucha	Que el secretario de la secretaría	Que el secretario de la

de voluntad política en la toma de decisiones.	de Educación en el gobierno de la república no plantee la modificación al plan nacional de educación.	secretaría de Educación en el gobierno de la república si plantee la modificación al plan nacional de educación.
Inestabilidad económica nacional.	Que no exista una buena recaudación por parte de la secretaría de hacienda y crédito Público	Que exista una buena recaudación por parte de la secretaría de hacienda y crédito Público
Que no existan médicos disponibles.	Que no haya suficientes médicos que puedan estar en las instituciones educativas del nivel medio superior.	Que suficientes médicos que puedan estar en las instituciones educativas del nivel medio superior.
Falta del personal del sector salud a las instituciones educativas de nivel medio superior	Que el personal de la secretaría de salud no cumpla con su asistencia a las instituciones educativas de nivel medio superior.	Que el personal de la secretaría de salud cumpla con su asistencia a las instituciones educativas de nivel medio superior
Falta de voluntad y sensibilidad política.	Que los responsables del ICATMI y del SEP no sean del mismo partido político de origen o no perdigan el mismo fin social.	Que los responsables del ICATMI y del SEP sean del mismo partido político o no perdigan el mismo fin social.
Cambios en el gabinete estatal o federal	Que los secretarios del gobierno federal o estatal sean cambiados o removidos del cargo.	Que los secretarios del gobierno federal o estatal continúen en sus cargos.

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016).

5.8 Verificación de la lógica vertical

La combinación de las relaciones de causalidad entre los cuatro niveles de objetivos y los supuestos se conoce como lógica vertical del programa. La MIR presenta una adecuada lógica vertical cuando se responde de modo afirmativo a las siguientes preguntas (Aldunate & Córdoba, 2011).

Tabla 25. Verificación de la Lógica Vertical		
Lógica vertical	Si	No
1.- ¿Si la institución o instituciones responsables ejecutan las actividades previstas y se cumplen los supuestos respectivos, entonces se logran los componentes?	X	
2.- ¿Si se entregan los componentes y se cumplen los supuestos respectivos se alcanza el propósito?	X	
3.- ¿Si se alcanza el propósito y se cumplen los supuestos respectivos, se aporta significativamente al fin?	X	
4.- Si se alcanza el fin y se cumplen los supuestos respectivos en este nivel, podremos prevenir significativamente o Disminuir los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.	X	

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016).

5.9 Proyectar los Indicadores

Un indicador es una herramienta que permite medir el avance en el logro de los objetivos y proporciona información para monitorear y evaluar los resultados del programa (Ortegón, Pacheco, & Prieto, 2005).

La matriz de indicadores se dividió en tres partes, en la primera se incluyen los indicadores del Fin y del Propósito, en la segunda parte los indicadores de los componentes y finalmente los indicadores de las actividades.

Tabla 26. Matriz de indicadores:			
Nivel	Resumen Narrativo	Indicador	Meta
FIN	Aportar a la disminución de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.	Tasa anual de nacimientos en el quinquenio 15 años -19 años entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.	Tasa anual de nacimientos en el quinquenio 15 años -19 años disminuye un 5% con relación al año anterior.
PROPÓSITO	Disminuir los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán.	Cambio en el plan nacional de educación	Se crea la materia optativa de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres y mujeres.
		Padrón de beneficiarios del Programa universal de becas para estudiantes en el nivel medio superior.	Becas universales para estudiantes en el nivel medio superior.
		Patrón de médicos escolares en el nivel medio superior.	Consultorios médicos escolares en el nivel medio superior.
		Patrón de especialistas para el nivel medio superior.	Consultas de los especialistas a los alumnos del nivel medio superior.

		Asistencia a clases extramuros de los alumnos del nivel medio superior.	Clases permanentes extramuros de los alumnos del nivel medio superior.
		Listados de asistencia a las conferencias de estudiantes del nivel medio superior.	Conferencias permanentes a los alumnos del nivel medio superior.
COMPONENTES	Materia optativa de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres y mujeres.	Patrón de Maestros la materia optativa de salud sexual y reproductiva.	Clases de salud sexual y reproductiva.
COMPONENTES	Programa universal de becas para estudiantes en el nivel medio superior.	Padrón de beneficiarios de las becas del nivel medio superior.	Becas universales del nivel medio superior.
	Expediente ginecológico de las mujeres adolescentes a partir de la primera menstruación.	Registro del número de consultas ginecológicas de las mujeres alumnas del nivel medio superior.	Expedientes ginecológicos las mujeres alumnas del nivel medio superior.
	Orientación de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres,	Registro del número de sesiones de salud sexual y reproductiva en el nivel medio	sesiones de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior.

	mujeres y mixto por parte de un especialista.	superior.	
	Programa de clases extramuros de artes u oficios para hombres, mujeres y mixto que estén cursando el nivel medio superior.	Registro de asistencia de las clases extramuros para alumnos de nivel medio superior.	Alumnos que aprenden artes u oficios.
	Conferencias del antes y el después de un embarazo en la etapa de la adolescencia, a estudiantes del que estén cursando el nivel medio superior.	Registros a las conferencias	Formación a estudiantes del que estén cursando el nivel medio superior.
ACTIVIDADES	A1C1.- Que se instaure la materia optativa de salud sexual y reproductiva en el plan nacional de educación, en el nivel medio superior	Modificación al plan nacional de educación.	Maestros la materia optativa de salud sexual y reproductiva.
	A1C2.- Que exista un fondo nacional de subsidio a becas universales a los	Partida presupuestal para becas	Becas universales a los alumnos del nivel medio superior.

	alumnos del nivel medio superior.		
	A1C3 Que exista un moduló medico en cada escuela.	Patrón de escuelas que cuentan con consultorio médico escolar.	Consultorios médicos escolares.
	A1C4 Presencia periódica quincenal del personal del sector salud a las instituciones educativas de nivel medio superior.	Registro de visitas del personal del sector salud a las instituciones educativas de nivel medio superior.	Visitas permanentes del personal del sector salud a las instituciones educativas de nivel medio superior.
ACTIVIDADES	A1C5 Convenio de colaboración entre la ICATMI Y SEP para hacer una extensión a la cobertura del servicio que presta el ICATMI a las alumnas y alumnos del nivel medio superior (SEP).	Número de clases extramuros para alumnos del nivel medio superior.	clases extramuros para alumnos del nivel medio superior
	A1C6 Calendarización de conferencias que se llevaran a cabo en las instituciones	Registro de conferencias llevadas a cabo en las instituciones educativas de nivel	Conferencias en las instituciones educativas de nivel medio superior.

	educativas de nivel medio superior por parte del personal de la diferentes secretarías SSA, SEP,SEE e ICATMI.	medio superior.	
--	---	-----------------	--

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016).

5.10 Proponer los Medios de verificación

Los medios de verificación corresponden a los orígenes de información que se servirán para calcular los indicadores. Esta columna en la MIR ayuda a identificar fuentes existentes de información para los indicadores, si no están disponibles, se incluirá el diseño de actividades que sirvan para recolectar la información requerida. Es importante en términos de transparencia y facilita su verificación por personas ajenas al programa; el cálculo de los indicadores deben estar identificadas las fuentes de información (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016).

Tabla 27. Medios de verificación:

Nivel	Resumen narrativo	Indicador	Medio de Verificación
Fin	Aportar a la disminución de embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán	Tasa anual de nacimientos en el quinquenio 15 años - 19 años entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán	Datos proporcionados por el INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
Propósito	Disminuir los embarazos no deseados entre las	Cambio en el plan nacional de educación.	Plan nacional de educación.

	mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán	Padrón de beneficiarios del Programa universal de becas para estudiantes en el nivel medio superior.	Presupuesto de egresos.
		Patrón de médicos escolares en el nivel medio superior.	Registro del número de Consultorios médicos escolares en el nivel medio superior.
		Patrón de especialistas para el nivel medio superior.	Registro del número de consultas de los especialistas a los alumnos del nivel medio superior.
		Asistencia a clases extramuros de los alumnos del nivel medio superior.	Registro del número de las clases extramuros de los alumnos del nivel medio superior.
		Listados de asistencia a las conferencias de estudiantes del nivel medio superior.	Registro del número de Conferencias a los alumnos del nivel medio superior.
Componentes	Materia optativa de salud sexual y	Patrón de Maestros la materia optativa de	Plantilla de Maestros la

	reproductiva en el nivel medio superior para hombres y mujeres.	salud sexual y reproductiva.	materia optativa de salud sexual y reproductiva.
Componentes	Programa universal de becas para estudiantes en el nivel medio superior.	Padrón de beneficiarios de las becas del nivel medio superior.	Registro en el padrón de beneficiarios de las becas del nivel medio superior.
	Expediente ginecológico de las mujeres adolescentes a partir de la primera menstruación.	Número de consultas ginecológicas de las mujeres alumnas del nivel medio superior.	Registro del número de consultas ginecológicas.
	Orientación de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior para hombres, mujeres y mixto por parte de un especialista.	Número de sesiones de salud sexual y reproductiva en el nivel medio superior.	Registro del número de sesiones.
Actividades	A1C1.- Que se instaure la materia optativa de salud sexual y reproductiva en el plan nacional de educación, en el nivel medio superior	Modificación al plan nacional de educación.	Plan nacional de educación.
	A1C2.- Que exista un	Partida presupuestal	Presupuesto de

	fondo nacional de subsidio a becas universales a los alumnos del nivel medio superior.	para becas.	egresos.
	A1C3 Que exista un moduló medico en cada escuela.	Patrón de escuelas que cuentan con consultorio médico escolar.	Registro de escuelas con consultorio médico escolar.
	A1C4 Presencia periódica quincenal del personal del sector salud a las instituciones educativas de nivel medio superior.	Visitas del personal del sector salud a las instituciones educativas de nivel medio superior.	Registro del personal del sector salud
	A1C5 Convenio de colaboración entre la ICATMI Y SEP para hacer una extensión a la cobertura del servicio que presta el ICATMI a las alumnas y alumnos del nivel medio superior (SEP).	Número de clases extramuros para alumnos del nivel medio superior.	Registro de las clases extramuros para alumnos
	A1C6 Calendarización de conferencias que se llevaran a cabo en	Conferencias llevadas a cabo en las instituciones	Registro de conferencias instituciones

	las instituciones educativas de nivel medio superior por parte del personal de las diferentes secretarías SSA, SEE, SEP E ICATMI.	educativas de nivel medio superior.	educativas de nivel medio superior.
--	---	-------------------------------------	-------------------------------------

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016).

5.11 Verificación de la lógica horizontal

El conjunto objetivo–indicadores–medios de verificación, que se conoce como lógica horizontal de la MIR, la cual permite tener una base objetiva para monitorear y evaluar el comportamiento del programa (Aldunate & Córdoba, 2011).

Tabla 28: Lógica horizontal		
Lógica horizontal	Si	No
1.- ¿los medios de verificación son necesarios para la obtención de datos para el cálculo de los indicadores?	X	
2.- ¿los indicadores permiten dar seguimiento al programa y evaluar los logros del objetivo?	X	

Fuente: elaboración propia con base en la MML la MIR (ILPES, 2004; CONEVAL, 2016).

5.12 Memorandum

A continuación, se presenta el memorándum de la propuesta de política pública estatal para Morelia, Michoacán para:

“Propuesta de Política Pública para reducir los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán”

La siguiente propuesta de política pública estatal, es una estrategia permanente de acompañamiento y vinculación de carácter estatal y municipal, para el municipio de Morelia, que tendrá como objetivo apoyar, incentivar, identificar y acompañar el desarrollo integral de la preparación sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de Morelia, Michoacán; esto nos permitirá facilitar y garantizar el acceso a la toma de decisiones de las mujeres adolescentes, permitiendo disminuir significativamente y gradualmente los índices de embarazos no deseados de las mujeres adolescentes. Generando una formación integral para este sector de la población que propicie un mejor futuro para ellas, así como aumentar su calidad de vida actual y esto nos llevara a tener una mejora en la sociedad.

Para el logro del objetivo general, es necesaria la coordinación y la cooperación entre las dependencias de la administración pública federal y estatal, tanto de las secretarías federales, de los organismos estatales, como del acompañamiento de la autoridad del municipio de Morelia, debido a la trascendencia y la aplicabilidad de esta política pública en el municipio de Morelia; las actividades se desarrollan en todas las instituciones del nivel medio superior y por tanto se necesita del apoyo de todas dependencias públicas inmersas en esta política pública transversal, para que de esta manera se pueda alcanzar el objetivo. De la misma forma, es necesario establecer coordinación de la secretaría de educación del gobierno federal, la secretaría de educación, la secretaría de salud del gobierno del estado de Michoacán y del Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Michoacán; las mencionadas entidades gubernamentales e instituto

estatal, serán los responsables de la implementación de los programas y actividades y de los fondos y partidas presupuestales para su ejecución.

Población Objetivo

Las acciones de esta política pública se desarrollara en las todas las instituciones del nivel medio superior del municipio de Morelia.

Objetivo general

Desarrollar acciones encaminadas a disminuir los embarazos no deseados entre las adolescentes del quinquenio de edad de 15 a 19 años del municipio de Morelia.

Instituciones Involucradas

La secretaría de educación Pública del gobierno federal, como encargada de la administración educativa y con los postulados del Artículo Tercero Constitucional la educación gratuita, laica y obligatoria, así como de los programas educativos del nivel medio superior.

La secretaría de educación del gobierno del estado de Michoacán porque lleva la coordinación y la gestión de las actividades desarrolladas por parte de las instituciones educativas del nivel medio superior, marcados en el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación que signaron los ejecutivos federal y estatales de toda la República.

La secretaría de salud del gobierno del estado de Michoacán, porque le corresponde, proponer y conducir la política estatal en materia de salud; Operar los programas, los servicios de salud, los procesos de planeación, programación, presupuestación, instrumentación, supervisión y evaluación; Coordinar los programas y servicios de salud de toda dependencia o entidad pública o privada; La adecuada organización y operación de los servicios de atención médica, materno infantil, planificación familiar, salud mental y educación para la salud.

El Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Michoacán, como formador del factor humano que tiene la necesidad de empleo, autoempleo y actualización en su actividad laboral, mediante un modelo académico flexible, pertinente e incluyente, con instructores competentes, dando respuestas a los requerimientos individuales y laborales de los michoacanos para mejorar su calidad de vida y contribuir al desarrollo socioeconómico del estado.

Ejes estratégicos

- **Educativo.-** robustecer el acervo educativo a través de un contenido más humano en el plan nacional de educación con materias de mejoramiento de valores y de fortalecimiento del tejido social.
- **Salud.-** contribuir a la cobertura de los servicios de salud, especialmente a los referidos a la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes del estado de Michoacán.
- **Desarrollo Social:** La preparación de los sujetos dará confianza en los otros miembros de la comunidad, de identidad, solidaridad, la aceptación de normas de convivencia y la disposición a participar en espacios de deliberación y en proyectos productivos. Al capacitar a los adolescentes, se podrían crear redes productivas que motive a este sector de una oportunidad de un nuevo futuro a través de la auto-dependencia y consolidar el auto-negocio o auto-empleo.

Por último, sólo resta decir que la limitación latente de esta política pública residiría en una fallida coordinación gubernamental y el éxito de varias de las actividades, también residiría en la correcta operación y dependerán del interés de la población y las autoridades, del apego a la ley, así como de una efectiva y permanente coordinación interinstitucional.

CONCLUSIONES GENERALES

En la actualidad nuestro país se vive en una revuelta social donde la preocupación de unos no es la preocupación de otros, donde la solidaridad, el apoyo, la gratitud son valores sociales que se ven cada vez menos entre los que vivimos este planeta, este país, este estado y este municipio; donde las políticas públicas van más dirigidas a la atención de problemas actuales y de gran calado, pero es ahí donde surge la siguiente pregunta ¿Cuál es la solución más efectiva a un problema? Y cabe hacer esta pregunta porque no tenemos el cultura de la prevención, en nuestra evolución social nos olvidamos, que muchas veces todos somos parte de todos y que afectamos a los que nos rodean aun sin quererlo o pensarlo y que lo sufrido por unos en este momento, pronto puede ser padecido por nosotros, a partir de lo anterior surge la iniciativa de investigar sobre los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Los embarazos no deseados entre las mujeres adolescentes de la ciudad de Morelia, son el resultado social de muchas inconsistencias del quehacer de los gobiernos, la cultura, las tradiciones, la sociedad misma, otros adolescentes y de las familias de estas mujeres adolescentes, la promoción del cuidado de la salud de los adolescentes, a través de estrategias educativas que buscan promover el uso de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad, fortalecer la educación sexual integral, la autoestima y la confianza de las mujeres adolescentes son responsabilidad de todos, debemos contribuir significativamente y permanentemente desde el ámbito que nos corresponde ya sea gobierno, familia o sociedad; la tarea es muy grande debemos reducir la decisión del embarazo en la adolescente en la población joven.

Todas las Actividades deben responder a las demandas de la situación en salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes con respecto a las directrices del Objetivo del Milenio cinco “Salud Materna” México firmo y se comprometió a cumplir dichos objetivos.

Los indicadores de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2002 donde se estipulan cubrir con las necesidades insatisfechas en planificación familiar, la

regulación de la fecundidad, el aumento de gestaciones no deseadas en población adolescente es alto, lo que lleva a preguntarse si los esfuerzos deben encaminarse a la planificación familiar exclusivamente, o a servicios integrales que involucren varias dependencias gubernamentales, educación, salud y coordinación gubernamental.

Como nos sugiere la definición Ruiz de Cárdenas, la adolescencia una etapa de edad, donde hay un grupo poblacional complejo, que adquiere nuevas experiencias, sentimientos de responsabilidad e independencia, y que para ello debe tener una guía oportuna que le facilite continuar y culminar esta etapa de su vida satisfactoriamente.

De la definición anterior podemos separar los términos y en primer plano Ruiz de Cárdenas nos dice que es una etapa de edad; es correcto esta puntualidad que compartimos a plenitud toda vez que en nuestro país la ley reconoce como adolescentes a los jóvenes que tiene entre 12 y 18 años de edad.

Otro término de la definición de Ruiz de Cárdenas, es un grupo poblacional complejo que en la actualidad representa para México, con una edad mediana de edad de 27 años, pero en Michoacán donde los adolescentes de 10 a 19 años de edad, representan el 8.7% del total de la población Michoacana, y en Morelia existe una población de mujeres en este rango de edad de 10 a 19 años un 9.8% del total de los habitantes de Morelia, y por cada 100 mujeres hay 90 hombres según datos del INEGI (INEGI, 2010 y 2015).

También el término de la definición de Ruiz de Cárdenas, nos dice que la adolescencia es una etapa donde se adquieren nuevas experiencias, porque se concurre una cadena de pensamientos y de descubrimientos de un nuevo mundo en la independencia y en el reconocimiento social y curiosidad misma de lo nuevo y vistoso, la creación de hábitos de vida propia, la presencia de la pareja, la situación económica, la situación religiosa, la educación y la salud, entre muchos otros determinantes.

La etapa de la adolescencia es un lapso de tiempo que nos conduce a descubrir muchas cosas nuevas; cosas nuevas que pueden estallar o detonar en problemas graves y muchos de estos problemas son el resultado de la falta de experiencia y algunos otros problemas por la falta preparación, prueba de ello son los embarazos no deseados causados en su mayoría por una inadecuado educación sexual y reproductiva o por la nula atención médica periódica que permita prevenir este fenómeno social.

Y a nuestro ver derivado de la experiencia en campo también deben darse alternativas de capacitación en oficios y artes a las y los adolescentes para que vean construir sus futuros desde la realidad de sus capacidades y aptitudes. Como lo hemos comentado a lo largo de este proyecto de investigación el embarazo no deseado entre las mujeres adolescentes es un problema social que contiene orígenes multidimensionales, pero sus efectos son negativos para las mujeres adolescentes para obtener un acceso a una vida digna, su pleno desarrollo y el goce de sus derechos. Pero hay mucho por hacer según datos de CONAPO-2018, la tasa de fecundidad en las adolescentes entre 15 y 19 años, paso de 77 nacimientos por cada mil adolescentes en 2012, a 70.5 nacimientos por cada mil mujeres en 2018, lo que representa una disminución en este periodo de 8.4% menos (ENAPEA, 2018).

El fomento de una educación sexual y reproductiva desde las instituciones educativas, debe ser permanente y debe ser reforzada por una cultura de preparación y capacitación continua para los adolescentes, debemos romper con la tradición donde los adolescentes tiene solo dos responsabilidades: hacer el mejor de los esfuerzos en la escuela y la de apoyar en casa, debemos pasar a una tercera actividad o responsabilidad que haga apoye a su formación creativa y que además sea rentable para su presente y futuro, estamos inmersos en una sociedad mejor mano calificada, para esto debe darse con una coordinación gubernamental eficaz por parte de las instituciones públicas.

Las políticas públicas dirigidas a los jóvenes deben ser orientadas de manera transversal, donde se confluyan medidas financieras, programas de difusión, recursos materiales y personal muy bien capacitado, además de actualizar las leyes, así como adecuar y actualizar las estrategias de edad.

La transformación de nuestra realidad en la población adolescente en nuestro país México, nuestro estado de Michoacán y de nuestra ciudad de Morelia, requiere de la suma de voluntades de toda la sociedad, esto traerá como resultado una adolescencia más consciente de la importancia de tener una vida planeada y de no ser así, que al menos los adolescentes tengan muy presente su responsabilidad al momento de tomar sus decisiones.

De este proyecto de investigación podemos concluir que la educación que se proporcione a los adolescentes, afecta positivamente o negativamente y en forma directa los niveles de fecundidad en este sector de la población. Un mejor acceso y una mayor calidad en la formación desde el nivel de la educación, puede dar una mejor dirección sobre que es la reproducción y sexualidad, lo cual puede incidir en una elección más racional de las decisiones sexuales de los adolescentes. Coincidimos directamente con los autores Flórez & Núñez (2002) y Gaviria (2000) que en sus trabajos de investigación encuentran un impacto significativo de la educación sobre las decisiones de fecundidad.

El embarazo trae consigo riesgos muy significativos en el estado de salud de las mujeres independientemente de su edad, pero un embarazo en la adolescencia en menores de 19 años, se puede asociar a complicaciones de desnutrición, tabaquismo, abuso de sustancias, anemia, malaria, VIH/SIDA e ITS durante la gestación, parto y puerperio. Los aspectos biológicos inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis, en la adolescente embarazada, repercuten en su resultado perinatal y esto trae consigo consecuencias para la salud pública y de muy altos costos, tanto para la madre como para la familia y la sociedad tal y como lo indica, la Organización Mundial de la Salud.

Un primer objetivo debe ser mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud y para ello, es necesario atender desde las instituciones educativas y monitorear los problemas, necesidades y contingencias que se presentan entre los adolescentes con ello se bajará la probabilidad de riesgo de un embarazo no deseado y muchos más padecimientos que también los afectan como obesidad, enfermedades mentales, infecciones sistémicas y muerte prematura.

Los mecanismos de coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales y otras entidades de la administración pública, para cumplimentar las políticas nacionales y sectoriales relacionadas con los adolescentes y la complejidad de sus intereses, realidades y actividades, una coordinación gubernamental eficiente es la respuesta que promueve la participación de los adolescentes en forma justa y equitativa de acuerdo con sus aptitudes y capacidades y los conduce a los beneficios del desarrollo económico y social, mediante la prevención de fenómenos demográficos que pueden crear problemas futuros en este sector de la población;

En este proyecto tratamos de conocer cuáles son las causas que generan este fenómeno que se da entre los adolescentes, el embarazo no deseado o no planificado, consideramos que el grado de escolaridad, la cobertura de los servicios de salud y la coordinación gubernamental entre la secretaría de educación y la secretaría de salud son determinantes e influyen de manera contundente para revertir o prevenir el embarazo no deseado, pero podemos concluir que derivado de este proyecto de investigación el grado de escolaridad, la cobertura de los servicios de salud y la coordinación gubernamental si influyen para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes mujeres de la ciudad de Morelia, Michoacán, pero estas variables no son determinantes vigorosamente para prevenir este fenómeno embarazo no deseado en adolescentes.

REFERENCIAS

- Aberastury A. y Knobe M. (1993). *La adolescencia normal*: Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Aguilar Astorga C. R, Lima Facio M. A. (2009). ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas?, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, septiembre 2009, www.eumed.net/rev/cccs/05/aalf.htm.
- Aguilar, Astorga C. R. (2009): Los subalternos como limitantes del poder. Hegemonía, legitimidad y dominación, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, mayo 2009, www.eumed.net/rev/cccs/04/craa.htm.
- Aguilar Villanueva, L. F., (1992). *La hechura de las políticas*, México, ed. *Porrúa*.
- Aguilar Villanueva, L. F., (1993). *La implementación de las políticas*, México, ed. *Porrúa*.
- Aguilar, Villanueva, L. F., (2010). *Política Pública*. Ciudad de México: ed. *Siglo Veintiuno Mexico*.
- Aguirre Baztán Á. (1994) *Psicología de la adolescencia*, Ed. Boixareu Universitaria, Marcombo S.A. Barcelona España.
- Alcañiz, Mercedes. (2008). Cambios demográficos en la sociedad global. *Papeles de población*, 14(57), 227-255. Recuperado en 16 de agosto de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140574252008000300011&lng=es&tlng=es.
- Aldunate, E., & Córdoba, J. (2011). *Formulación de programas con la Metodología del Marco Lógico*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Álvarez Álvarez Carmen, (2008). La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gazeta de Antropología*, 24 (1), artículo 10 <http://hdl.handle.net/10481/6998>.
- Alvaro Monterrosa C. (1998). Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecologia*. Vol. 49 No. 4.
- Ávila, Baray H. L, (2016). Introducción a la metodología de la investigación. *Obtenido de EUMED.NET: www.eumed.net/libros/2006c/203/*.
- Barrera O. F. y Lucas Higuera J. (2004). Embarazo y fecundidad adolescente. *El Fondo de Población de las Naciones Unidas, FPNU*, Colombia.

- Barreto Villanueva, A. (2012). El progreso de la Estadística y su utilidad en la evaluación del desarrollo, vol. 18, núm. 73, julio-septiembre, pp. 1-31 *Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.*
- Bracho, T. (2013). Políticas basadas en evidencia. La política pública como acción informada y objeto de investigación. En M. Merino, & G. Cejudo, Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de Política Pública (págs. 291-316). México: *CIDE-Fondo de Cultura Económica.*
- Cámara de Diputados. (2017). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
- Cámara de Diputados. (2017). Ley Orgánica De La Administración Pública Federal. Obtenido de Cámara de Diputados: <http://www.diputados.gob.mx/>
- Canto, R. (2012). Políticas públicas. Más allá del pluralismo y la participación ciudadana. En L. Aguilar, Política Pública (págs. 151-172). *México: Siglo Veintiuno.*
- Cardozo, Brum, M. (2009). Evaluación y meta-evaluación en los programas mexicanos de desarrollo social. *UAM-X. Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Política y Cultura.*
- Carrasco Ortiz, M. Á. & González Calderón, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos *Acción Psicológica*, vol. 4, núm. 2, junio-, pp. 7-38 *Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid, España.*
- Carricondo, M. J. & Bleisen, Rosa R. (2013) Embarazo Adolescente: Aportes Desde El Trabajo Social A Una Problemática De Larga Trayectoria. Caso: Comunidad De Palmira. *Facultad De Ciencias Políticas Y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza Argentina.*
- Casacuberta C. (2004). Estadística para Economistas, Nota Docente 08, *Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica.*
- Cejudo, Ramírez Guillermo. (2013). *Discurso y Políticas Públicas.* Enfoque constructivista. En M. Merino, & G. Cejudo, Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública (págs. 93-125). México: *CIDE-Fondo de Cultura Económica.*
- CELADE, (2004). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, *División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).*

- CEPAL (2004). Metodología del Marco Lógico. *NU. CEPAL. ILPES*. Santiago de Chile.
- CONAPO, (2000). Situación actual de los y las jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico, *Consejo Nacional de Población, México*.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). *Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados*. Ciudad de México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012., Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular. México. *CONEVAL*.
- Consejo Nacional de Población (2013). La situación demográfica de México, *Consejo Nacional de Población México D.F. CONAPO*.
- Della Mora M. (2005). Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas escolarizadas *Revista Iberoamericana de Educación Universidad de Buenos Aires, Argentina* ISSN: 1681-5653.
- Doig Turkowsky, J. (2006). Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003. *Rev Peruana Pediatría* 7.
- Elmore, Richard, (1978). Organizational Models of Social Program Implementation in Public Policy, vol. 26, núm. 2.
- Freitez Landaeta Anitza, (1999). *El rol de la Educación en el marco de las teorías de la fecundidad. Análisis de sus argumentos*". Revista Temas de Coyuntura No.39, Caracas, IIES-UCAB, Venezuela.
- Galdos Silva S. (2013). La conferencia del Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva, *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. Peru.
- Galindo Martín M. Á. (2007). Gobernanza, Política Fiscal Y Crecimiento Económico. *Revista de Economía Mundial*, núm. 23, 2009, pp. 180-196 Sociedad de Economía Mundial, Huelva, España ICE, 25-33.
- Geldstein N. R, & Pantelides A. E., (2001). La iniciación sexual bajo coerción en el Área Metropolitana de Buenos Aires., *Centro de Estudios de Población*, Documento de Trabajo núm. 2, Buenos Aires.
- Gobierno del Estado de Michoacán. (2015). Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán 2015-2021. Morelia: *Gobierno del Estado de Michoacán*.
- Gogna M. (2004). Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1a ed. - Buenos Aires Argentina: CEDES.

- González de Haro M. D, (2006). La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. *Servicio de publicaciones, Universidad de Huelva* Dep. Legal h-235-2006 i.s.b.n. 84-96373-57-6.
- Hamodi Galán C. & Jiménez Robles L. (2018). Modelos de prevención del bullying: ¿qué se puede hacer en educación infantil? IE *Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, vol. 9, núm. 16, 2018 Red de Investigadores Educativos Chihuahua A. C.
- Hernández Sampieri R. (2014). Metodología de Investigación, Sexta edición, *Mc Graw Hill Educación, Mexico D.F.*
- Krugliak, M. I. (1970). Los conocimientos y el aprendizaje. *Narodnoie Obrazovanie*. No 1. Moscú.
- Lahera Parada E. (2002). Introducción a las políticas públicas. *Fondo de Cultura Económica ISBN: 956-289-033-3 Chile.*
- Lasswell, H. (2007). La orientación hacia las políticas. En L. Aguilar, *El estudio de las Políticas Públicas (pág. 89) Ed. Porrúa México.*
- Lasswell, H. (1971). La concepción emergente de las ciencias de políticas, en Aguilar, *El estudio de las políticas públicas*, Ed. Porrúa, México.
- Lindblom, C. *El proceso de elaboración de políticas públicas. Ciudad de México: (1991). Ed. Porrúa México.*
- López de Méndez A. (2013). Los grupos focales, *Ed. Universidad de Puerto Rico, Facultad de Educación Centro de Investigaciones Educativas.cea.uprrp.edu/wp-content/uploads/2013/05/grupo_focal.pdf.*
- Majone, G. (1989). Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. *Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C. y Fondo de Cultura Económica México, D. F.*
- Majone, G. & Wildavsky, A (1978). Implementation and Evaluation in Policy Studies *Review Annual núm. 2, edited by Howard, E. Freeman. Sage Publications,.*
- Malthus, Thomas R. (2010). Primer ensayo sobre la población,. Ed. *Gandhi, Madrid España.*
- Maslow, A. (1991). Motivación y Personalidad, *Ed. Diaz de Santos S. A. Madrid España.*

- Medellín Torres P, (2004). La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. *Serie: Políticas Sociales, núm. 93, CEPAL. Chile.*
- Mendoza Luis T y Cols. (2016). Actividad Sexual Temprana y Embarazo en la Adolescencia: Estado del Arte, *REV CHIL OBSTET GINECOL; 81(3).*
- Mendoza Tascón L. A. & Claros Benítez M. D. & Peñaranda Ospina C.B: (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte, *REV CHIL OBSTET GINECOL.*
- Mendoza Tascón, L. A, Arias Guatibonza, M. D, & Peñaranda Ospina, C. B., Mendoza Tascón, L. I., Manzano Penagos, S., & Varela Bahena, A. M. (2015). Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 306-315. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400005>.
- Mendoza Tascón, L. A, Claros Benítez D. I., & Peñaranda Ospina C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>.
- Mendoza Tascón, L.A., Arias Guatibonza, M. D., & Mendoza Tascón, L.I. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(5), 375-382. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>.
- Mendoza, W, & Subiría, G. (2013). *El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 471-479. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342013000300017.
- Menkes C, & Suárez L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 9(35), 233-262. Recuperado en 16 de mayo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14054252003000100011&lng=es&tlng=es.
- Molina S, M, Ferrada N, C, Pérez V, R, Cid S, Casanueva V, & García A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista médica de Chile*, 132(1), 65-70. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000100010>

- Monterrosa Castro, Á. (1998). Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 49, No. 4, pp. 18/24.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000-2009). Base de Datos del Observatorio de Salud Mundial. Relacionados con la Salud de Desarrollo del Milenio-Objetivo Número 5: *La Salud Materna (Necesidad Insatisfecha en Planificación Familiar)*. En: [<http://apps.who.int/ghodata/>]
- Organización Panamericana de la Salud, (1988). Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones, *Organización Panamericana de la Salud*, Cuaderno Técnico núm. 12, Washington.
- Orozco Villagómez E I, & Rojas Maldonado, E. R. (2017). Identificación de obstáculos para el logro académico en una secundaria de Santa Clara del Cobre, Michoacán. RIDE. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14), 185-204. <https://dx.doi.org/10.23913/>
- Ortegón, E., Pacheco, J., & Prieto, A. (2005). Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. CEPAL: Santiago de Chile.
- Ortiz Ocaña, A.L. (2008). *Teopedagogía: Hacia una Teoría del Aprendizaje Divino*. CEPEDID. Colombia.
- Ott, M.A., Sucato, G.S., Committee on Adolescence Pediatrics 2014. Contraception for Adolescents. Acceso: 21/12/2015. Disponible: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/pdf>.
- Overbeek, J. (1984). *Historia de las Teorías Demográficas*. Fondo de Cultura Económica. Ciudad de México.
- Parsons, W. (2007). *Una Introducción a la Teoría y la Práctica del Análisis de Políticas Públicas*. FLACSO. Ciudad de México, México.
- Parsons, W. (2013). *Políticas Públicas: Una Introducción a la Teoría y a la Práctica del Análisis de Políticas Públicas*. FLACSO. Ciudad de México.
- Partida, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles de población*, 11(45), 9-27. Recuperado en 16 de agosto de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300002
- Reuelta Vaquero, B. (2007). La implementación de políticas públicas, *Dikailon*, ISSN 0120-8942, Año 21, Num, 16 135 156, Chía, Colombia.

- Rodríguez, J. (2000). Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales, serie *Población y desarrollo*, N° 5 (LC/L.1422-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.97.
- Ruiz de Cárdenas C. H. y Fajardo M. T. (2004). Validez y confiabilidad del instrumento Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en etapa prenatal, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.
- Ruíz Hernández C. (2010). Afectaciones en Salud en poblaciones vulnerables, *Universidad Autónoma de Chiapas, Servicio Geológico Mexicano*.
- Sabatier P.I A. & Mazmanian D. A., (1981). *Effective Policy Implementation*, eds. Lexington Books, Lexington Massachusetts.
- Sabatier, P. A. (1999). *Theories of the Policy Process*, Westview Press, University of California, Davis.
- Salazar Arango A. (2003). Teoría de los determinantes de la fecundidad, *Trabajos de grado del CIDER* n. 7, Colombia.
- Schoijet, M. (2007). El control de la natalidad: un esbozo de historia. *Papeles de población*, 13(54), 115-161. Recuperado en 16 de agosto de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14054252007000400006&.
- Selman, P., (2002). El embarazo en la adolescencia, la pobreza y el debate de la seguridad social en Europa y Estados Unidos, en C. Rabell y M. E. Zavala de Cosío, *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.
- Solano, A. I. (2003). Toma de decisiones gerenciales. *Tecnología en Marcha*. Vol. 16 N° 3 Directora Departamento de Financiero Contable, Instituto Tecnológico de Costa Rica.
- Stern C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México, *Papeles de Población*, vol. 10, núm. 39, pp. 129-158, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Papeles de Población, Salud Publica* D.F. México 1997;39:137-143.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México *Papeles de Población*, vol. 10, núm. 39, enero-marzo, pp. 129-158 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.

Tamayo Sáenz M. & Rafael Bañón A. & Ernesto Castillo (1997). El análisis de las políticas públicas, *La nueva administración pública*, Madrid, Alianza editorial.

UNFPA México (s/f), Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes, en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

UNFPA, 2008. Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes. Un Modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de jóvenes y adolescentes en Colombia., Segunda Edición. *Ministerio de la protección social y fondo de poblaciones de naciones unidas* Bogotá, Colombia. p: 26-27.

United Nations. Millennium Development Goals Report 2014. New York: United Nations, 2014. Acceso: 17/12/2015. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/> Valencia Escamilla L. (2012). La relación Ejecutivo-Legislativo en la elaboración de políticas públicas. *Con fines de relaciones internacionales y ciencia política*, 8(16), 11-37. Recuperado en 16 de agosto de 2019, de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

Valenzuela, M. E. (2003). Desigualdad de género y pobreza en América Latina: separata, Mujeres, pobreza y mercado de trabajo, Argentina y Paraguay, Santiago de Chile, *Organización Internacional del Trabajo* (OIT).

Vogel J., Pileggi C., Chandra V., Nogueira V., J., Chou D., et al. (2015). Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. *Arch Dis Child*; 100 (Suppl 1):s43–s47. Acceso 17/12/2015. Disponible en: http://adc.bmj.com/content/100/Suppl_1/S43.full.pdf+html.

Welti Chanes C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva, *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 45, julio-septiembre, pp. 143-176 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.

Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de población*, 12(50), 253-275. Recuperado en 16 de agosto de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext

Zuño Burstein C. C. (2007). La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública continúa al servicio de la salud pública del Perú y Latinoamérica, 33 (1) Jan-Mar 2016 • <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331>.