

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas

Jorge Rodríguez Vignoli
Katherine Páez
Consuelo Ulloa
León Cox



NACIONES UNIDAS

CEPAL



POBLACIÓN Y DESARROLLO

Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas

Jorge Rodríguez Vignoli
Katherine Páez
Consuelo Ulloa
León Cox



NACIONES UNIDAS



Este documento fue preparado por Jorge Rodríguez Vignoli, Asistente de Investigación, y Katherine Páez, Consultora, del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Se agradece la valiosa labor de Consuelo Ulloa y León Cox.

El estudio fue elaborado en el marco del programa anual de trabajo entre la CEPAL y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (AWP UNFPA-CEPAL 2016) y del programa regular de trabajo de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1680-8991

LC/TS.2017/22

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2017. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.17-00062

Los Estados Miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. La adolescencia y el embarazo adolescente	11
A. Cambios biológicos, psicológicos y sociales que definen la adolescencia	11
B. Conducta y salud sexual y reproductiva adolescente	12
II. El embarazo en la adolescencia	15
A. Determinantes socioeconómicos del embarazo adolescente y factores de riesgo	15
B. Los determinantes próximos de la fecundidad adolescente	17
III. Datos, fuentes y métodos	19
IV. El embarazo adolescente en Chile	21
A. La evolución de las tasas de fecundidad global y adolescente	21
B. Entorno y determinantes de los adolescentes en Chile	27
C. Identificación de variables que inciden en la maternidad adolescente en Chile	30
D. Evolución de la probabilidad de haber sido madre en la adolescencia según cohorte y nivel socioeconómico: el aporte novedoso de la encuesta CASEN	33
V. Estado y políticas públicas para la prevención del embarazo adolescente en Chile	39
A. Chile en el marco internacional del embarazo adolescente	39
B. Políticas y normas para la prevención del embarazo adolescente	41
VI. Discusión	45
VII. Conclusiones	49
Bibliografía	51

Anexo	57	
Serie Población y Desarrollo: números publicados	63	
Cuadros		
Cuadro 1	Grandes regiones del mundo y Chile: tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA), paridez acumulada, tasa global de fecundidad (TGF), cambio de la TEFA y la TGF entre 1990-1995 y 2010-2015 y aporte del cambio de la TEFA al cambio de la TGF. 1990-1995 y 2010-2015	22
Cuadro 2	Chile: número de madres adolescentes observado por edad simple y estimado por edad simple, aplicando el porcentaje de madres observado a la población de 2003 y porcentaje de madres observado y tipificado. 2006, 2009 y 2011	25
Cuadro 3	Modelo 1 de regresiones logísticas binomiales, con los <i>odds ratio</i> de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile. 2003 a 2012.....	31
Cuadro 4	Modelo 2 de regresiones logísticas binomiales, con los <i>odds ratio</i> de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile. 2003 a 2009.....	32
Cuadro 5	Modelo 3 de regresiones logísticas binomiales, con los <i>odds ratio</i> de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile. 2003 a 2012.....	33
Cuadro 6	Chile: porcentaje de madres de 12 a 20 años de edad, por grupos de edad	34
Cuadro 7	Chile: relaciones de momio (<i>odds ratios</i>) de la edad y el quintil sobre la chance de haber sido madre (no madre categoría de referencia) en mujeres de 15 a 19 años. 2011 y 2013.....	35
Cuadro 8	Chile: relaciones de momio (<i>odds ratios</i>) de la edad y el quintil sobre la chance de haber sido madre antes de los 20 años (no madre categoría de referencia) en mujeres de 20 a 34 años según grupos quinquenales de edad. 2011 y 2013.....	35
Cuadro 9	Chile: relaciones de momio (<i>odds ratios</i>) de la edad y el quintil sobre la chance de ser soltera (agrupación de casadas, unidas, separadas, divorciadas y viudas categoría de referencia) en mujeres de 15 a 19 años. 2011 y 2013	36
Cuadro A.1	Chile: condiciones socioeconómicas de los adolescentes de 15 a 19 años, según sexo. 2003-2012.....	58
Cuadro A.2	Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, según sexo y características específicas. 2003-2012	58
Cuadro A.3	Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, alguna vez unidos, según sexo y características específicas. 2003-2012.....	59
Cuadro A.4	Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, que usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, según sexo y características específicas. 2003-2009.....	60
Cuadro A.5	Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, que usaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual, según sexo y características específicas. 2003-2012.....	61
Cuadro A.6	Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, que usaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual, según tipo de método anticonceptivo usado, sexo y características específicas. 2003-2012	62
Gráficos		
Gráfico 1	Grandes regiones del mundo y Chile: tasa global de fecundidad y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015.....	23
Gráfico 2	Chile: tasa global de fecundidad y tasa específica de fecundidad adolescente, 1950-2015	23
Gráfico 3	Chile: tasa específica de fecundidad adolescente según registros	24
Gráfico 4	Chile: mujeres de 15 a 19 años que ya han sido madres, 2003-2012	25
Gráfico 5	Chile: mujeres de 15 a 19 años que han sido madres según área de residencia, 2003-2012	26

Gráfico 6	Chile: mujeres de 15 a 19 años que ya han sido madres según nivel socioeconómico, 2003-2012.....	27
Gráfico 7	Chile: porcentaje de mujeres de 19 y 20 años solteras (no unidas ni separadas). 2011 y 2013.....	36
Gráfico 8	Chile: porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad que tuvieron su primer hijo antes de cumplir 20 años, según cohorte y deciles socioeconómicos seleccionados. 2011 y 2013	38
Diagrama		
Diagrama 1	Marco ecológico para la salud adolescente	13

Resumen

Considerando la preocupación que despierta la reproducción en la adolescencia, se aprovechan diferentes fuentes disponibles para: i) describir las tendencias de la fecundidad y la maternidad adolescente en Chile; ii) hacer seguimiento aproximado (por la ausencia de encuestas especializadas) de sus variables intermedias, incluyendo el caso de los hombres cuando es posible; iii) estimar, mediante técnicas multivariadas, el peso de factores de riesgo, seleccionados de acuerdo a un marco conceptual ecológico, de la reproducción adolescente, y iv) analizar las políticas y programas recientes dirigidos a este tema, en particular en términos de su pertinencia frente a los factores de riesgos identificados en el examen empírico previo.

Los resultados muestran que la fecundidad adolescente ha tenido una trayectoria oscilante en los últimos 50 años, pese a ello su tendencia subyacente ha sido al descenso desde tasas específicas (15-19 años) máximas del orden de 90 mil a principios de la década de 1960 a tasas de 50 por mil en la actualidad, con un período de alza entre 1985 y fines del siglo XX y luego una inflexión al alza, corta y transitoria durante unos pocos años de la década de 2000. Esta tendencia subyacente se refleja claramente en la evolución de la probabilidad de haber sido madre durante la adolescencia que, según la encuesta CASEN (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional) de 2013, fue del orden de 30% para las cohortes que vivieron la adolescencia entre 1985 y 1999 para caer hasta niveles de 22% en la cohorte que terminó la adolescencia en 2012. Esta tendencia descendente fue más marcada entre las adolescentes de nivel socioeconómico alto, por lo cual la desigualdad social de esta probabilidad aumentó considerablemente en el período estudiado. Los modelos multivariados ratifican la mayor probabilidad de ser madre adolescente de las pobres y muestran que parte importante de esto se debe a una iniciación sexual más temprana y mucho menos protegida con anticoncepción que los estratos altos. La unión también es un factor de riesgo significativo, pero es un evento más bien infrecuente en la adolescencia, incluso entre las muchachas pobres.

Finalmente, los énfasis de la política pública, más allá de oscilaciones transitorias, ha tenido como foco enfrentar las barreras de acceso que tienen las y los adolescentes a la educación sexual y los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto parece haber sido clave para la reducción de la fecundidad adolescente desde fines de la década de 1990 que evidencian la mayor parte de las fuentes usadas (las encuestas de juventud sugieren una tendencia diferente a las otras fuentes, que es más bien sorprendente). Pero aún hay desafíos enormes para remover estas barreras, ya que la iniciación sexual protegida sigue estando lejos de la universalidad, y los niveles de fecundidad adolescente siguen siendo mucho más altos de los que cabría esperar a la luz del nivel de la fecundidad total y del desarrollo económico y social del país.

Introducción¹

El embarazo adolescente entraña un conjunto de adversidades para los y las adolescentes, especialmente para las mujeres, y también para el bebé y otros actores como los padres de los y las adolescentes (Azevedo y otros, 2012; Viner y otros, 2012; UNFPA, 2013; Cherry y Dillon, 2014; Rodríguez Vignoli, 2014b). Entre las consecuencias negativas que se han documentado están: i) mayores complicaciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio, las que se acentúan a medida que disminuye la edad de la madre; ii) la baja en el desempeño escolar y el aumento de las probabilidades de deserción escolar; iii) mayores dificultades para una inserción laboral adecuada; iv) eslabón en la reproducción intergeneracional de la pobreza y la desigualdad social; v) eslabón en la reproducción intergeneracional de las inequidades de género; vi) barrera para la movilidad social ascendente; vii) exigencias de tiempo y recursos adicionales para los progenitores y sus familias de origen (CEPAL, 2016 y 2014; Céspedes y Robles 2016; Cherry y Dillon, 2014; Robledo 2014; Rodríguez Vignoli, 2014b; UNFPA, 2013; Currie y otros, 2012; Juárez y otros, 2010; Rendall y otros, 2009; Bearinger y otros, 2007; Breibauer y Maddaleno, 2005). Paralelamente, la maternidad adolescente suele conllevar estigmas de distintos tipos, y se asocia con el confinamiento en roles tradicionales de género. Adicionalmente, las uniones de adolescentes son más frágiles, lo que se expresa en índices de maternidad soltera mayores y crecientes, que normalmente generan como respuesta familiar la extensión del hogar para recibir a la madre y su bebé. Finalmente, el embarazo adolescente suele menoscabar los derechos sexuales y reproductivos de esta población, dado que una parte significativa y creciente de los mismos no es planificada ni deseada por los y las adolescentes.

Por lo anterior, el estudio y el monitoreo de la reproducción en la adolescencia resultan relevantes, tanto para el diseño de políticas y programas como para la evaluación de las acciones implementadas.

En este contexto se sitúa este documento, que aborda diferentes dimensiones de la reproducción adolescente, incluyendo sus contextos socioeconómicos y determinantes claves, y procura: i) describir

¹ Un insumo del presente texto fue el informe del taller de titulación que Consuelo Ulloa y León Cox realizaron en CELADE durante el segundo semestre de 2014, bajo la supervisión de Jorge Rodríguez. Dicho informe fue premiado con posterioridad en el concurso del Instituto Nacional de la Juventud de Chile, denominado “Piensa Juventud” versión 2015, estando prevista la publicación de una síntesis del mismo por dicha institución a principios de 2017.

las tendencias de la fecundidad y la maternidad adolescente en Chile, usando para ello las fuentes de datos más recientes disponibles, controlando por sesgos de las fuentes y distorsiones de los datos; ii) aplicar un marco teórico ecológico para el análisis de los determinantes distales y próximos de la reproducción adolescente, así como para el seguimiento de las variables intermedias (determinantes próximos) de hombres y mujeres; iii) estimar el peso de factores de riesgo de la reproducción adolescente deducidos de este marco ecológico mediante técnicas multivariadas; iv) analizar las políticas y programas recientes dirigidos a este tema, en particular en términos de su pertinencia frente a los factores de riesgos identificados en el examen empírico previo.

Para ello se presenta, en primer lugar, una definición de la adolescencia que reconoce y da prioridad a los cambios psicológicos, físicos y sociales de esta fase que son decisivos para los comportamientos relacionados con la reproducción en la adolescencia

A continuación se realiza un análisis del embarazo y la fecundidad adolescentes y de las variables que lo determinan, tanto distales o contextuales (por ejemplo, las socioeconómicas), como las próximas (o variables intermedias), que son los canales a través de los cuales actúan los determinantes contextuales (Bongaarts, 1978, 2015; Stover, 1998). Para la identificación de todas estas variables, pero en particular las distales, se utiliza el marco ecológico como enfoque teórico.

A partir del marco recién explicado, se realiza un análisis de la evolución de indicadores seleccionados de la reproducción en la adolescencia, en su mayoría vinculado con la maternidad adolescente, con base en censos y estadísticas vitales. Luego, por medio de las Encuestas Nacionales de Juventud de 2003, 2006, 2009 y 2012, se examinan las condiciones sociales de los adolescentes en Chile y los patrones de exposición al riesgo de embarazo adolescente. Este examen se formaliza, posteriormente, con apoyo en modelos logísticos dirigidos a estimar la influencia de los factores de riesgo que la literatura sugiere más relevantes en la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Posteriormente, se utilizan las encuestas CASEN de 2011 y de 2013, como nueva fuente de datos para el estudio del embarazo adolescente.

El texto concluye con una revisión de las políticas, programas y normas públicas relacionadas con la maternidad adolescente, y en particular con su prevención. La vinculación de esta sección con la previa de análisis de datos, permite establecer un diálogo entre tendencias y acciones, a partir del cual se elabora una propuesta de elementos claves a incorporar en las futuras políticas para la prevención del embarazo adolescente.

I. La adolescencia y el embarazo adolescente

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud, es el periodo de desarrollo que transcurre entre los 10 y 19 años de edad y que se caracteriza por ser una fase que separa al individuo de la niñez y la adultez (Lloyd, 2005; UNICEF, 2011; WHO, 2011; UNFPA, 2013; Rodríguez Vignoli, 2009 y 2014a; Robledo 2014).

Durante este periodo se produce una gran cantidad de cambios biológicos (destacando principalmente los físicos y en el desarrollo neurológico), psicológicos y sociales, (Breibauer y Maddaleno, 2005; Patton y Viner, 2007; Viner y otros, 2012; Cherry y Dillon, 2014). Estos cambios comienzan y se manifiestan de distinta manera durante la adolescencia, por lo que para identificar distintas etapas de desarrollo, la adolescencia se ha dividido en temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) (Robledo, 2014).

A. Cambios biológicos, psicológicos y sociales que definen la adolescencia

Los cambios biológicos que se producen en la adolescencia varían entre los individuos, debido a los distintos factores externos e internos a los que se encuentran expuestos (Steinberg y Morris, 2001; Patton y Viner, 2007; UNFPA, 2013). Dentro de los cambios biológicos que se relacionan con la adolescencia, la pubertad es un hito que separa la niñez de la adolescencia y que se caracteriza por la maduración fisiológica y corporal, incluyendo la relativa a los órganos reproductores. Esta ocurre de manera diferida entre hombres y mujeres, apareciendo en estas últimas entre 12 a 18 meses antes que en los hombres, además la pubertad ha experimentado un adelantamiento de alrededor de tres años durante de los últimos dos siglos, principalmente debido a los mejores estándares en salud y nutrición (UNICEF, 2011).

En conjunto con la pubertad, otros cambios biológicos destacan dentro de la adolescencia, tales como el crecimiento acelerado y desproporcionado; el cambio de la composición corporal (desarrollo de masa corporal, aumento de peso, distribución de grasa corporal, etc.); el desarrollo endocrino (adrenarquía y gonadarquía); y el desarrollo neurológico, incrementando la capacidad de funcionamiento a nivel cerebral (Patton y Viner, 2007; WHO, 2011; Spear, 2013; Robledo 2014).

El desarrollo neurológico tiene directa relación con los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia, ya que este influye en la búsqueda del placer, en las respuestas emocionales, la toma de decisiones, la organización, el control del impulso y la planificación del futuro (Steinberg y Morris, 2001; Robledo 2014). Lo anterior resulta en la constitución y estructuración de la identidad de las personas, en el marco de sus respectivas sociedades y culturas.

La constitución de la identidad individual es un proceso complejo y multidimensional. Sin duda se basa en la socialización y en el aporte, vinculación y afinidad con los otros significativos más directos, como los progenitores y otras figuras de autoridad. Pero en la adolescencia parecen gravitar más otros significativos diferentes, en particular los pares y los referentes generacionales, lo cual proporciona nuevos insumos para el proceso. Adicionalmente, en la adolescencia se refuerzan los mecanismos de oposición y de distinción para configurar el yo, siendo frecuente el deseo de diferenciarse de los padres y de otras figuras de autoridad adulta. De ahí las actitudes y conductas más críticas, contestatarias y rebeldes que caracterizan esta fase de la vida (Montgomery, 2005; UNICEF, 2011; Robledo 2014).

En cuanto a los cambios sociales, destaca la transformación de las relaciones con los otros significativos, porque aumenta la disposición para considerar distintas perspectivas y una especial valorización de las opiniones de los grupos de pares, buscando su aceptación de manera mucho más fuerte que en otras etapas de la vida (Castells y Silber, 2003; Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee on the Science of Adolescence, 2011). Además, durante este periodo se desarrolla la competencia y se adquieren compromisos con metas, ideales, actividades y creencias particulares. Lo anterior incide directamente en el desarrollo de su independencia, responsabilidad, autonomía y de las destrezas y habilidades sociales cruciales para los adolescentes, tanto en el presente como en el futuro (Breinbauer y Maddaleno, 2005; Robledo 2014; Rodríguez Vignoli, 2014a).

Todos estos cambios se encuentran relacionados entre sí. Los cambios físicos durante la pubertad y el desarrollo neurológico conllevan una serie de nuevos comportamientos y capacidades, lo que a la vez deriva en una transición de los adolescentes en sus familias, grupos de pares, en el ámbito de la educación y en sus comportamientos en cuanto a distintos aspectos de la vida, estando entre los más complejos los relativos a la salud sexual y reproductiva, mental y, en general, a todos los riesgos provocados por la falta de control de los impulsos (UNICEF, 2011; Viner y otros, 2012).

B. Conducta y salud sexual y reproductiva adolescente

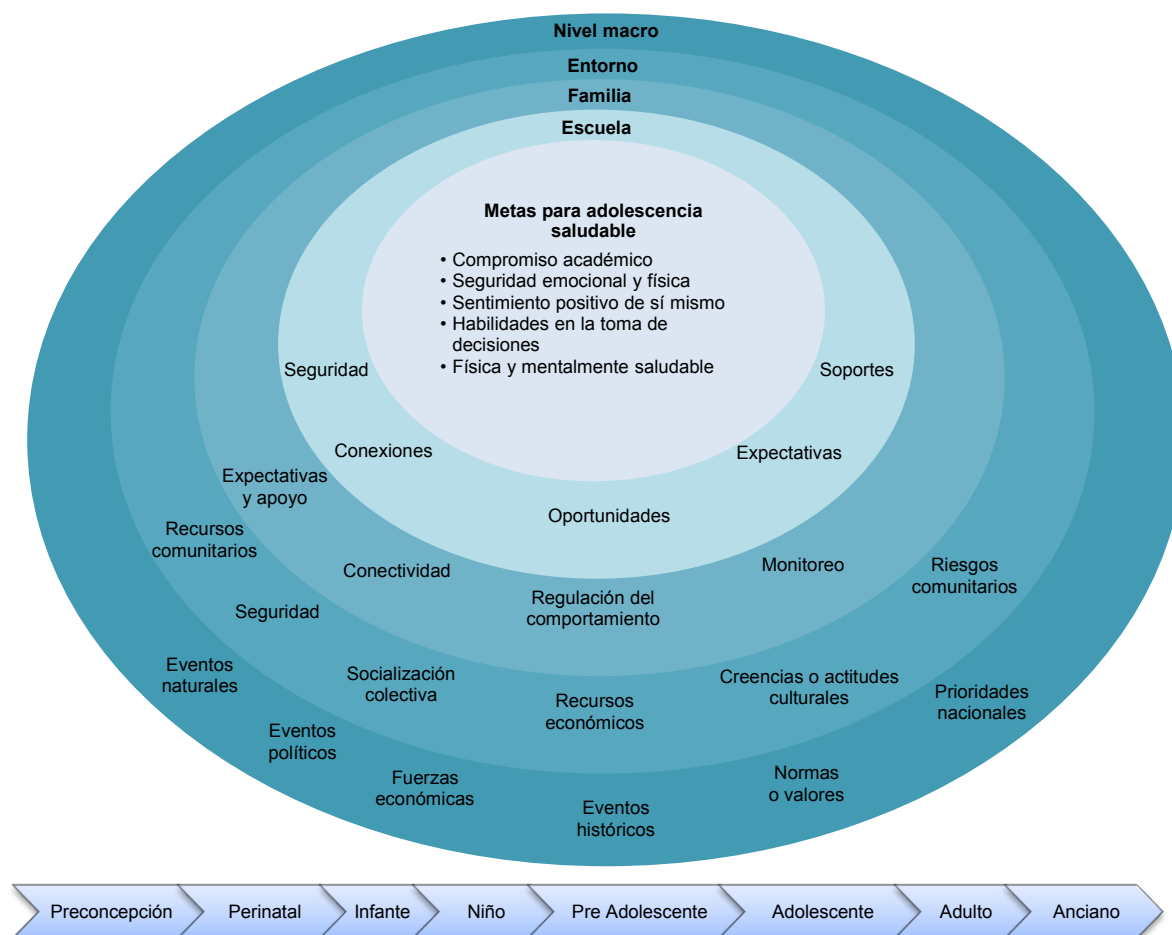
Como se mencionó anteriormente, la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, está determinada por distintos factores, entre los que se incluyen los contextos en los que se sitúan los adolescentes (UNICEF, 2011; Viner y otros, 2012; UNFPA, 2013; Rodríguez Vignoli, 2014b), factores conocidos como determinantes sociales de la salud (Viner y otros, 2012).

Estos determinantes se pueden entender desde un marco ecológico en el que se sitúa la trayectoria de vida del adolescente, y del cual dependen los resultados que esta tiene y tendrá en el futuro (Blum y otros, 2012; Viner y otros, 2012) (véase el diagrama 1). Además, este marco muestra los distintos niveles que componen estos contextos. tales como los factores macro, el entorno, la familia y la escuela; y finalmente las metas en cuanto a salud de los adolescentes (Blum y otros, 2012). Todos los factores mencionados se interrelacionan y se asocian directamente a la capacidad de los adolescentes de tener una vida sexual y reproductiva saludable, así como acceso a los servicios, información e insumos necesarios para la promoción, prevención y cuidado de la salud (Svanemyr y otros, 2015).

A nivel macro destaca la tendencia secularizante que se ha desarrollado a lo largo del siglo XX, mediante la cual la relación amorosa basada en el enamoramiento o el acompañamiento o experimentación sentimental y sexual en pareja ganó espacio respecto del tándem tradicional amor/matrimonio (Bozon y Leridon, 1993; Bozon, 2001; Baumle, 2013). Esto también se ha expresado con el concepto de “desinstitucionalización de la familia”, ampliando las formas de hacer familia y aumentando el número de parejas consensuales en todos los niveles socioeconómicos de la sociedad (Gutiérrez y Osorio, 2008).

Esta tendencia secularizante se enmarca dentro de un proceso de modernización económica y social que, más allá de los contrapuntos que tiene, ha contribuido a mejorar las condiciones de nutrición y de salud de la población. Esto último parece ser decisivo para la tendencia relativamente generalizada al adelanto en la edad de la menarquía en las mujeres (UNFPA, 2013; Cherry y Dillon 2014²) ampliándose así el período de exposición al riesgo de embarazo y maternidad adolescente (Rodríguez Vignoli y Di Cesare, 2010). Adicionalmente, este proceso de desarrollo ha resultado en una prolongación de la educación y capacitación en instituciones fuera del hogar, promoviendo la postergación del matrimonio (Furstenberg, 1998; Grant y Furstenberg, 2007; Billari y Liefbroer, 2009; Cherry y Dillon, 2014).

Diagrama 1
Marco ecológico para la salud adolescente



Fuente: Traducción de Blum y otros, 2012.

Con respecto al entorno, hay varios agentes clave. Entre ellos están los medios de comunicación, y más recientemente las redes sociales. Ambos tienen la capacidad de difundir mensajes de todo tipo relacionados con todos los aspectos de la vida de los y las adolescentes, como las conductas sexuales y reproductivas y la promoción, prevención y (auto) cuidado de la salud sexual y reproductiva. Algunos autores han subrayado el papel que han desempeñado estos agentes en la difusión de pautas de conductas

² “Since 1940s, menarcheal age has decreased at a rate of 0.34 years per decade for rural girls, 0.73 years per decade for urban girls, and 0.46 years per decade for combined groups of both rural and urban. The decline in menarcheal age since the 1940s worldwide is attributed to the improving socioeconomic conditions worldwide” (pág. 44).

a través del globo, entre ellas actitudes vinculadas a la actividad sexual y al uso de anticonceptivos entre adolescentes (Ali, Cleland y Shah, 2003; Rodríguez Vignoli, 2009; Cherry y Dillon, 2014).

Otro aspecto relevante relacionado con el entorno son las presiones sobre la identidad de género a las que los adolescentes son sometidos. En América Latina, estas han tendido a promover que los hombres demuestren su masculinidad teniendo relaciones sexuales lo más pronto posible, mientras que las mujeres deben proteger su virginidad, inclusive con otro tipo de prácticas sexuales que no sean necesariamente penetrativas (Shepard, 2000; Ali, Cleland y Shah, 2003; Welling y otros, 2006; Bozon, Gayet y Barrientos, 2009; Menkes y Suárez, 2013). Pero ello está cambiando y las mujeres paulatinamente abandonan esta visión asimétrica, con lo cual la actividad sexual sin necesidad de unión tiende a naturalizarse y a aumentar entre ellas (Bozón, 2003, Viner y otros, 2012; Caro Luján, 2014; Binstock, 2016).

En el caso de la familia, las relaciones jerárquicas autoritarias tienden a erosionarse y el paso a modelos más horizontales y con mayores espacios de autonomía para los y las adolescentes supone tensiones de diversos tipos, respecto de las cuales no hay modelos prescriptivos (Bearinger y otros, 2007; Grant y Furstenberg, 2007; Rodríguez Vignoli, 2009; Cherry y Dillon, 2014). Estas tensiones se conjugan con fenómenos emergentes vinculados a la modernidad que debilitan las modalidades tradicionales de supervisión parental, como la concentración de ambos padres en sus propias trayectorias laborales y las separaciones familiares. Por cierto, lo anterior no significa que el descontrol y la ausencia de límites sea la tónica de las relaciones entre padres y adolescentes. De hecho, hay poderosas tendencias que facilitan la mayor interacción y dedicación de los padres a la crianza y supervisión de sus hijos, tales como la mayor cercanía y diálogo entre las partes, la menor cantidad de hijos y la mayor escolaridad. Y ciertamente la imagen de la supervisión estricta del pasado, tiene muchas lagunas y contracaras, amén de ser poco viable y efectiva en la actualidad. Cualquiera sea el caso, es un hecho que hay un debilitamiento del rol tradicional de control que la familia tiene sobre la vida sexual de los adolescentes, producto de la modernidad (Bearinger y otros, 2007; Rodríguez Vignoli, 2009; UNFPA, 2013; Baumle, 2013; Cherry y Dillon, 2014).

La escuela es otro ámbito que dentro del marco ecológico tiene injerencia en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, ya que tiene el potencial de crear normas, conexiones, oportunidades, expectativas y apoyo a los adolescentes para que tengan conductas seguras y acceso a la información (Blum y otros, 2012; Cherry y Dillon, 2014; Svanemyr y otros, 2015). Con todo, la escuela también puede convertirse en un espacio de riesgo, sobre todo si no cumple adecuadamente con su función formadora y de empoderamiento, y si las relaciones que se establecen en su interior están marcadas por la violencia, el abuso, la discriminación, las asimetrías de género y la anomia.

Como corolario de todo lo anterior están los cambios conductuales de los y las adolescentes, en particular en el plano sexual y reproductivo incluyendo, desde luego, el anticonceptivo, así como las modificaciones en los enfoques teórico y políticos para examinar o incidir sobre estas conductas. En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, un estudio que hace un balance sobre la investigación longitudinal en materia de conducta sexual concluye que en las sociedades occidentales la mayoría de los adolescentes son sexualmente activos, donde entre el 60% y 70% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales a los 18 años, y en la adolescencia tardía el comportamiento sexual es generalizado, incluso normativo (Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008).

II. El embarazo en la adolescencia

Dentro de los distintos ámbitos de la vida sexual y reproductiva de los adolescentes, el embarazo es un tema de especial relevancia, dada las implicancias que este conlleva para las vidas y el desarrollo de los y las adolescentes. El marco ecológico anteriormente expuesto, sirve como herramienta para reconocer factores clave que inciden sobre la probabilidad de embarazo y maternidad en la adolescencia. A esto se agrega el enfoque de las variables intermedias que sintetiza los factores que determinan directamente la exposición al riesgo de embarazo y maternidad en la adolescencia.

A. Determinantes socioeconómicos del embarazo adolescente y factores de riesgo

Los factores de riesgo de embarazo adolescente se explican por medio de los distintos niveles del marco ecológico que inciden en la vida sexual y reproductiva de las y los adolescentes, y que determinan las inequidades y vulnerabilidades en el acceso a recursos, información y servicios, según el origen étnico, la región de residencia, el estatus socioeconómico y el sexo de los adolescentes (Blum y otros, 2012; Svanemyr y otros, 2015; Viner y otros, 2012).

El análisis por medio del marco ecológico permite identificar factores socioeconómicos claves que determinan la salud sexual y reproductiva, y más específicamente la prevalencia del embarazo adolescente, así como sus factores de riesgos.

A nivel macro, los patrones de género son elementos relevantes dado que estos determinan las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes. En particular, las desigualdades de género, se convierten en factores de riesgo, sea porque subordinan a las mujeres en decisiones clave como las relativas a protección anticonceptiva, como porque tienden a perpetuar los roles femeninos tradicionales, es decir los domésticos y reproductivos, entre las adolescentes (Climent, 2009; Saletti, 2008).

Además, la desigualdad de género refuerza la posibilidad de embarazo a temprana edad, ya que desde la infancia, las expectativas, tanto a nivel familiar como social, en niños y niñas difieren, influyendo en la futura vida sexual de estos, como por ejemplo en la aceptación de múltiples parejas en los hombres y el no usar métodos anticonceptivos (UNFPA, 2013). En el caso específico del aborto, el papel es relegado tradicionalmente a las mujeres sin considerar al hombre como un ente responsable de

su propia salud; el caso paradigmático de esta situación es la penalización del aborto sólo a las mujeres que lo practican (Barker y Greene, 2011).

Otro aspecto relevante del entorno en el embarazo adolescente son las condiciones económicas en las que estos están insertos, donde la desigualdad y la pobreza aparecen como factores de riesgo. En el caso de la desigualdad en el ingreso se ha demostrado que está directamente asociado al embarazo adolescente (Santelli, Sharma y Viner, 2013; UNICEF, 2011), en tanto la pobreza se considera un elemento de vulnerabilidad y es considerada una causa subyacente en la explicación del embarazo adolescente (UNFPA, 2013). Además, según algunos autores ambos inciden en las opciones de vida de los adolescentes, elevando el valor de la maternidad y paternidad en edades tempranas, con el fin de darle sentido a la vida (Pantelides 2004; Reyes y González, 2014; Binstock, 2016). Por lo anterior es que la reducción de la pobreza y el desarrollo económico de los países tienen impactos importantes en la disminución del embarazo adolescente (Santelli, Sharma y Viner, 2013).

La familia juega un papel clave en cuanto al embarazo adolescente, dado que las relaciones que se desarrollan dentro de ella pueden jugar como factores protectores o de riesgo. Por ejemplo, como factor protector, las familias tienen potencial para entregar valores, información, educar en cuanto a la salud sexual y reproductiva, definir límites protectores (incluyendo la protección anticonceptiva, ciertamente), fomentar el autocuidado y la responsabilidad, monitorear activamente a los hijos/as, entregar apoyo y mantener canales fluidos de comunicación (Kirby, 2001; Breibauer y Maddaleno, 2005; Svanemyr y otros, 2015).

Por otro lado, las relaciones dentro de la familia también pueden ser un factor de riesgo porque puede entregar mensajes que erosionan el ejercicio de una vida sexual sana, informada y segura. Esto último suele asociarse a familias disfuncionales que descuidan a sus hijos y que no ofrecen orientaciones reflexivas, claras y consecuentes en sus nociones de límites, pero también puede operar en los casos en que existe un excesivo control sobre la sexualidad, y/o el sexo sigue siendo considerado un tema tabú (Zelaya y García, 2011). En efecto, el control que los padres ejercen sobre sus hijos puede manifestarse por medio de la negación a consentir que los adolescentes puedan tener una anticoncepción eficiente, debido a que dependen legalmente de su consentimiento para poder obtenerlos (Rodríguez y Robledo, 2011).

Existe otro tipo de relaciones que influye sobre el embarazo adolescente. Se trata de las relaciones con los pares, las que en el marco ecológico pueden ubicarse a nivel de la escuela, aunque también pueden darse en otros ámbitos. Estas relaciones resultan especialmente importantes por el papel que juegan en el desarrollo y socialización de los adolescentes, y al igual que la familia, su influencia puede ser positiva o negativa (Svanemyr y otros, 2015). A partir de estas relaciones se pueden compartir conocimientos y promover el uso de anticoncepción, pero por otro lado pueden promover conductas riesgosas (Rodríguez y Robledo, 2011; Svanemyr y otros, 2015).

Ahora bien, existe un tipo de relación entre pares que resulta crucial durante la adolescencia, la relación de pareja. Como ya se indicó, las desigualdades de género dentro de las parejas pueden inhibir a las muchachas en decisiones claves relativas a su salud sexual y reproductiva, por ejemplo las vinculadas con el uso regular de anticonceptivos; un caso bien documentado es la presión para no usar condón que ejercen las parejas masculinas en relaciones de cierta duración porque dicho uso sugiere desconfianza de la pareja femenina (Blanc, 2001; Rodríguez y Robledo, 2011).

Es por lo anterior que los adolescentes en muchos casos aparecen como agentes sin poder para tomar decisiones responsables sobre su sexualidad. Específicamente en el caso de las adolescentes mujeres, las barreras existentes se ven aumentadas, dado que ellas tienen menor capacidad para ejercer sus derechos, porque son ignoradas en cuanto a sus deseos y subordinadas a la voluntad de su pareja o familias.

La interrelación entre los distintos factores mencionados se expresa en el estado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Hay elementos comunes que definen riesgos específicos de este grupo, como los relativos a la menor experiencia y madurez, las mayores barreras de acceso a métodos anticonceptivos, la mayor impulsividad y sensación de invulnerabilidad o la mayor sensibilidad a presiones externas en particular de los pares. Pero hay otros que tienen claros sesgos socioeconómicos, como las desigualdades de género y la imposición de roles tradicionales a las mujeres las dificultades

económicas para acceder a anticonceptivos, la menor visibilidad de modelos de comportamiento alternativos o incompatibles con la maternidad adolescente y en general la falta de oportunidades que implica menos proyecciones y más incertidumbre e incluso desesperanza respecto del futuro y menos incentivos para un uso del tiempo libre que sirva como alternativa a conductas de riesgo (Rodríguez y Robledo, 2011).

En el caso específico de Latinoamérica, destacan las barreras de acceso a la anticoncepción, que persisten y se contraponen a los avances declarativos y programáticos en ofrecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva y educación sexual. Tal desajuste parece crucial para que no haya aún signos de una baja significativa y sostenida de la maternidad adolescente en la región (UNFPA, 2013; Rodríguez Vignoli, 2014a, 2014b y 2016).

En Chile, un estudio realizado por el Ministerio de Salud entre los años 2009 y 2010, permitió identificar, en términos del marco ecológico, elementos claves relacionados con el entorno que juegan en contra del ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva por parte de los y las adolescentes. (Chile, Ministerio de Salud, 2011).

A nivel del entorno, en el ámbito institucional de la salud destacan la falta de espacios participativos, la poca difusión de información con respecto a los programas existentes y la mirada reduccionista respecto a la salud sexual y reproductiva adolescente (Chile, Ministerio de Salud, 2011). A nivel más local, también se presentan particularidades que dificultan el acceso, como: la falta de voluntad política de las autoridades (municipales o de los mismos centros de salud), la escasa flexibilidad de los profesionales para adaptarse a las creencias y espacios donde se encuentran los adolescentes, así como a los conceptos utilizados específicamente para este grupo, y los prejuicios, valores y creencias de los profesionales (Chile, Ministerio de Salud, 2011).

La conjugación de los factores anteriormente mencionados, entre otros, se materializa en distintas barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva adolescente, tales como: la falta de horarios diferidos y de espacios exclusivos y adecuados para la atención de los adolescentes, además del respeto de la confidencialidad en la atención; falta de especificidad en la atención a adolescentes, y de normas técnicas y guías que los orienten, además de un trabajo intersectorial coordinado (Chile, Ministerio de Salud, 2011).

A modo de conclusión, desde los distintos niveles del marco ecológico que inciden en la salud sexual y reproductiva adolescente, y de la interacción entre ellos, se han identificado determinantes socioeconómicos claves que inciden en el embarazo adolescente, los cuales se pueden resumir en (Chile, Ministerio de Salud, 2011; Pántelides, 2004; Svanemyr y otros, 2015; UNICEF, 2011).

- Acceso a servicios de salud y a fuentes de información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos.
- El estrato socioeconómico, el clima educativo, acceso a los medios de comunicación.
- La zona de residencia y la asistencia escolar.
- Las expectativas futuras, el proyecto de vida y el valor social y cultural del embarazo.

B. Los determinantes próximos de la fecundidad adolescente

Paralelo a los determinantes socioeconómicos, entendidos como parte del marco ecológico en el que se sitúan los adolescentes, existen los determinantes próximos del embarazo adolescente. Estos son una serie de variables relacionadas directamente con la fecundidad y a través de las cuales actúan las variables que componen los distintos niveles del marco ecológico. El modelo explicativo de los determinantes sociales define la exposición al riesgo al embarazo y parto.

El modelo de las variables intermedias fue desarrollado por John Bongaarts (1978). Este modelo establece ocho determinantes que influyen en la fecundidad: proporción de mujeres casadas en edad

reproductiva, uso de anticonceptivos, aborto inducido, infertilidad por lactancia, frecuencia de relaciones sexuales, esterilidad y muerte intrauterina espontánea y duración del período fértil.

Posteriormente, Stover (1998) hace una revisión de los determinantes próximos donde cambia el ámbito del matrimonio por la exposición a la actividad sexual. Este aspecto resulta especialmente relevante para el estudio de la fecundidad adolescente, dado que la actividad sexual premarital es cada vez más frecuente entre los adolescentes (Rodríguez Vignoli, 2013). En la última revisión que realizó Bongaarts (2015) a su modelo original incluyó el cambio realizado por Stover, además de pequeñas variaciones en el cálculo de los índices de anticoncepción y de aborto, y del tiempo a considerar en el cálculo del modelo, pero continúa sin considerar que el uso de anticoncepción en las adolescentes muchas veces se produce posterior al primer hijo.

En el caso específico de la fecundidad adolescente, los principales determinantes próximos que influyen en ella pueden resumirse en cuatro: susceptibilidad, la conducta sexual, el uso de anticonceptivos y el aborto (espontáneo e inducido) (Rodríguez Vignoli, 2009).

En el caso de la susceptibilidad, que se refiere a la edad de la menarquía, como se mencionó anteriormente, esta se ha adelantado aumentando así el riesgo del embarazo adolescente (Rodríguez Vignoli, 2009 y 2013).

La conducta sexual, por su parte, refiere a la frecuencia de actividad sexual. Medirla en términos precisos es muy difícil porque las fuentes de información no suelen incluir preguntas sobre el historial de la actividad sexual (Alí y Cleland, 2005, Rodríguez Vignoli, 2009 y 2013), en la práctica se mide con tres indicadores: i) la edad de la iniciación sexual; ii) la actividad sexual reciente (normalmente si tuvo o no el último mes), y iii) la condición de unión actual o pasada (que sugiere actividad sexual regular actual o en el pasado). En el caso de las y los adolescentes, la edad de la iniciación sexual y la condición de unión alguna vez durante la adolescencia son los indicadores más usados y pertinentes para estimar la exposición al riesgo de embarazo por esta variable intermedia.

El uso de anticonceptivos, por su lado, refiere al uso oportuno y eficiente de medios destinados a evitar la concepción. Su medición precisa es complicada porque también requiere en la mayoría de los métodos un calendario de uso, lo que es inviable. Y su medición certera se hace incluso más compleja en el caso de los y las adolescentes, entre quienes predominan medios de menor eficiencia y regularidad (en particular el condón). Entre los indicadores usados para su medición están el uso actual (o en la última relación sexual) y el uso al momento de la iniciación sexual, según tipo de método usado, desagregación necesaria para estimar la eficiencia del uso (Rodríguez Vignoli, 2009). En el estudio del embarazo adolescente resulta más idóneo utilizar el uso en la primera relación sexual como predictor del comportamiento preventivo, pues el uso actual (o en la última relación sexual) tiene debilidades importantes, porque puede ser posterior al nacimiento del primer hijo/a (Rodríguez Vignoli, 2013; Azevedo y otros, 2012).

Por último, los datos en cuanto a aborto son escasos. Principalmente porque en muchos países de la región los abortos inducidos son clandestinos, debido a su prohibición (CEPAL, 2013). Además en el caso de las DHS, donde el cuestionario se aplica en algunos países de la región, la información recolectada puede ser de mala calidad (Bongaarts, 2015). En el caso de Chile, los únicos datos disponibles sobre abortos son los egresos hospitalarios por causas que entrega el Ministerio de Salud, por medio del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), lo que es insuficiente para estimar su magnitud.

III. Datos, fuentes y métodos

Los datos analizados en este estudio provienen de varias fuentes: i) Revisión 2015 de World Population Prospects de Naciones Unidas; ii) estadísticas vitales, tanto del INE como del DEIS; iii) Encuestas Nacionales de Juventud 2003, 2006, 2009 y 2012, del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) de Chile y iv) las encuestas CASEN de 2011 y 2013.

La descripción de la fecundidad adolescente y su evolución en Chile, usa los datos de las tasas globales de fecundidad y las tasas específicas de fecundidad por edad que proporciona la Revisión 2015 del documento de la División de Población de las Naciones Unidas, denominado *World Population Prospects*³, así como datos de las estadísticas vitales. La descripción y análisis de los diferenciales sociales de la maternidad adolescente, del perfil de las madres adolescentes y de los contextos y determinantes de la maternidad adolescente, se basan en los datos de las Encuestas Nacionales de Juventud 2003, 2006, 2009 y 2012⁴, y las encuestas CASEN de 2011 y 2013.

Este estudio define a las madres adolescentes como las mujeres entre 15 y 19 años que declaran tener uno o más hijos vivos. En el examen del perfil de las adolescentes se usan tres descriptores claves. El primero es la edad, se divide la adolescencia en dos tramos, de 15 a 17 años (adolescencia temprana) y 18 a 19 años (adolescencia tardía). Los dos siguientes descriptores se relacionan directamente con el marco ecológico: la zona de residencia, dividida entre urbana y rural, y la situación educacional, donde se identifica si los adolescentes se encuentran o no estudiando actualmente y el nivel educativo alcanzado. Entre los determinantes se incluye el nivel socioeconómico, de acuerdo a la clasificación en estratos que contienen las encuestas: ABC1, C2, C3, D y E, siendo el ABC1 el estrato más alto y el E el más bajo. Esta variable no se usó para describir el perfil de las adolescentes porque tienen una volatilidad intertemporal que desaconseja su uso para tales efectos. En el caso de la encuesta CASEN se usaron los quintiles y deciles de ingreso.

La exposición al riesgo de embarazo adolescente, se analiza por medio de dos variables intermedias. La primera atañe a la edad de iniciación sexual –es decir relaciones sexuales con penetración– ya que mientras más temprano mayor tiempo de exposición al riesgo de embarazo

³ Para más información, véase <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

⁴ Para más información, véase <http://www.injuv.gob.cl/portal/categoria/publicaciones/encuestas-de-juventud/>

adolescente. La segunda es la unión, entendiéndose como “alguna vez unidos/as” a los y las adolescentes que declaran estar actualmente casados, conviviendo con la pareja, divorciados, separados o viudos. Cabe subrayar que la unión no sólo influye por la exposición a la actividad sexual, sino que también a las motivaciones de la misma, toda vez que la actividad sexual en el marco de una unión tiene más probabilidad de tener propósitos reproductivos.

El uso de anticonceptivos, por su parte, se examina primero con el indicador de iniciación sexual que tiene varias fortalezas según muestran estudios recientes (Di Cesare y Rodríguez, 2006; Rodríguez Vignoli, 2014b). En el cálculo de este indicador se incluyeron los métodos modernos y métodos naturales y se excluyeron de los cálculos a los y las adolescentes que no respondieron la pregunta. Este dato está disponible en las Encuestas de Juventud 2003, 2006 y 2009; en la encuesta 2012 esta pregunta no se incluyó.

También se examinó el uso de anticonceptivos mediante el indicador uso de anticonceptivo en la última relación sexual, el que tiene una gran desventaja: el uso en la última relación sexual puede ocurrir entre madres adolescentes, incluso más, la maternidad puede ser un factor decisivo para que ocurra el uso actual, por lo que no es un buen indicador del riesgo de ser madre en la adolescencia. En el análisis de esta variable se diferencian los métodos modernos y los métodos naturales. La información está disponible en todas las encuestas estudiadas.

Todos los procesamientos y cálculos se realizaron por medio del paquete estadístico SPSS y usando el expansor correspondiente incluido de la base de datos.

Para el análisis de los factores que influyen en el embarazo adolescente, se probaron tres modelos de regresiones logísticas binomiales, en los cuales la variable dependiente fue la chance de haber sido madre adolescente. Se define como madre adolescente a las mujeres entre 15 y 19 años que declaran tener uno o más hijos. El primer modelo incluye la variable edad como control y las variables independientes nivel socioeconómico y área de residencia, con un nivel de medición nominal o categórica. El segundo modelo incluye la variable edad como control y las variables independientes área de residencia, nivel socioeconómico, uso de algún medio anticonceptivo en la primera relación sexual y condición de unión. El tercer modelo incluye la variable edad como control y las variables independientes área de residencia, nivel socioeconómico, uso de anticonceptivos en la última relación sexual y condición de unión.

Los tres modelos se calcularon por medio del paquete estadístico SPSS y en las regresiones no se utilizó el expansor. En esta ocasión, los casos de no respuesta a las consultas sobre uso de anticonceptivo en la primera y en la última relación sexual se imputaron a la no utilización de anticonceptivos.

IV. El embarazo adolescente en Chile

A. La evolución de las tasas de fecundidad global y adolescente

Durante las últimas décadas, la tasa de fecundidad global y la tasa de fecundidad adolescente han caído fuertemente en el mundo. De acuerdo a las proyecciones y estimaciones de las Naciones Unidas, en los últimos 20 años esta caída ha sido más intensa en el caso de la tasa específica de fecundidad adolescente (véase el cuadro 1).

En el caso de América Latina y el Caribe, las tendencias difieren porque la tasa global de fecundidad registra una caída significativamente mayor que la tasa específica de fecundidad adolescente, lo que sucede tanto en Centroamérica como América del Sur, no así en el Caribe (pequeños estados insulares anglófonos y francófonos) donde el descenso ha sido más marcado en el caso de la fecundidad adolescente. Cualquiera sea el caso, la baja de la fecundidad adolescente explica menos del 10% de la reducción de la fecundidad total, salvo en el Caribe donde explica el 20% de la caída (véase el cuadro 1).

En el caso de Chile, hay una disminución importante y similar en ambas tasas entre el período 1990-1995 y 2010-2015, superando el nivel regional de descenso de la tasa de fecundidad de la región y de América del Sur (véase el gráfico 1). De acuerdo a las estimaciones y proyecciones de Naciones Unidas, entre los quinquenios de 1990-1995 y 2010-2015 la tasa específica de fecundidad adolescente pasó de 62 a 49 por mil (una baja del 22,5%), mientras que la TGF pasó de 2,38 a 1,78 (una baja del 25,2%). Por su parte, el promedio de hijos por mujer entre 15 y 19 años disminuyó de 0,32 a 0,25, aportando un 11,9% en la reducción de la tasa global de fecundidad (véase el gráfico 1). Lo anterior posiciona a Chile con una tasa global de fecundidad bastante menor que el promedio mundial y el promedio regional, pero con una tasa específica de fecundidad adolescente ligeramente superior al promedio mundial (aunque menor que al promedio regional) y más alta que las otras regiones del mundo, salvo África (véase el gráfico 1).

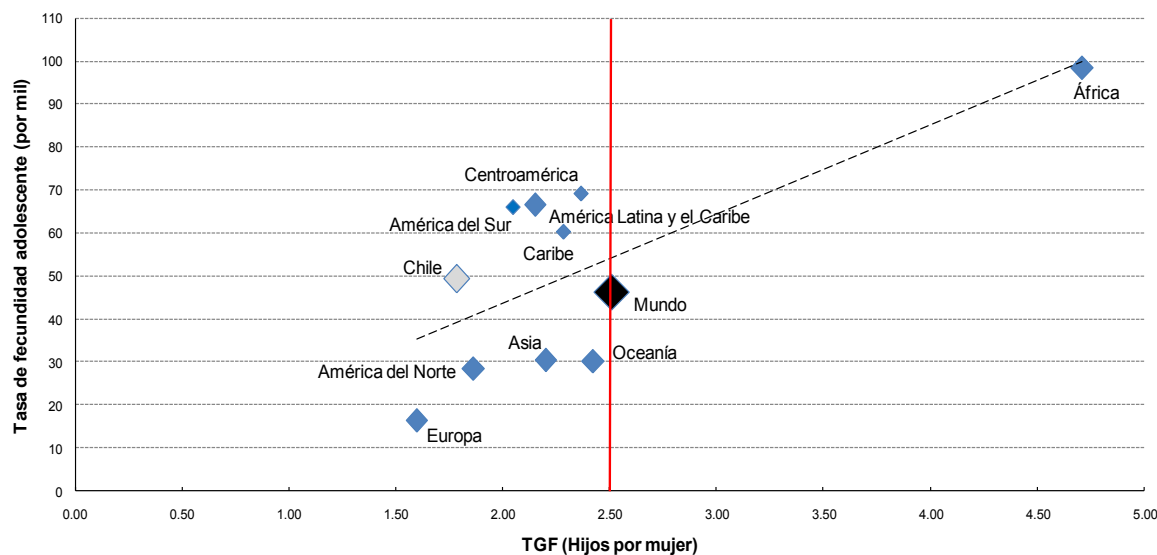
Cuadro 1

Grandes regiones del mundo y Chile: tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA), paridez acumulada, tasa global de fecundidad (TGF), cambio de la TEFA y la TGF entre 1990-1995 y 2010-2015 y aporte del cambio de la TEFA al cambio de la TGF. 1990-1995 y 2010-2015

	1990-1995			2010-2015			Cambio entre 1990-1995 y 2010-2015		Porcentaje de Cambio entre 1990-1995 y 2010-2015		Aporte de la reducción de la TEFA en la reducción de la TGF (en porcentaje)
	TEFA (por mil)	Promedio de hijos por mujer de 15 a 19 años en el período	TGF	TEFA (por mil)	Promedio de hijos por mujer de 15 a 19 años en el período	TGF	TEFA (por mil)	TGF	TEFA (por mil)	TGF	
Chile	63,6	0,32	2,38	49,3	0,25	1,78	14,3	0,60	-22,48	-25,21	11,9
América Latina y el Caribe	82,5	0,41	3,01	66,5	0,33	2,15	16,0	0,86	-19,39	-28,57	9,3
Caribe	81,8	0,41	2,83	60,2	0,30	2,29	21,6	0,54	-26,41	-19,08	20,0
Centroamérica	88,7	0,44	3,49	69,1	0,35	2,37	19,6	1,12	-22,06	-32,14	8,7
América del Sur	79,9	0,40	2,86	66,0	0,33	2,05	13,9	0,81	-17,40	-28,32	8,6
Mundo	65,0	0,33	3,04	46,2	0,23	2,51	18,8	0,53	-28,92	-17,43	17,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de World Population Prospect, 2015 Revision <http://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/>

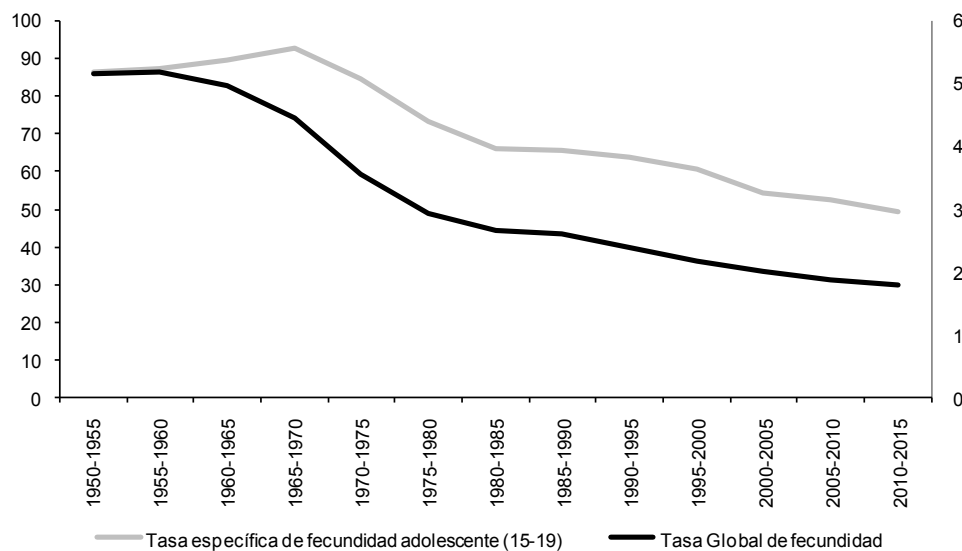
Gráfico 1
Grandes regiones del mundo y Chile: tasa global de fecundidad y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de World Population Prospect, 2015 Revision <http://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/>

Siempre con base en las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, la fecundidad total en Chile ha descendido desde la década de 1960, mientras que en el caso de la fecundidad adolescente su descenso fue más tardío y menos intenso, aunque de todas formas sostenido hasta la actualidad, alcanzado en el quinquenio 2010-2015 un valor de 49,3 nacimientos de madres de 15 a 19 años por cada mil mujeres de esa edad (véase el gráfico 2).

Gráfico 2
Chile: tasa global de fecundidad y tasa específica de fecundidad adolescente, 1950-2015



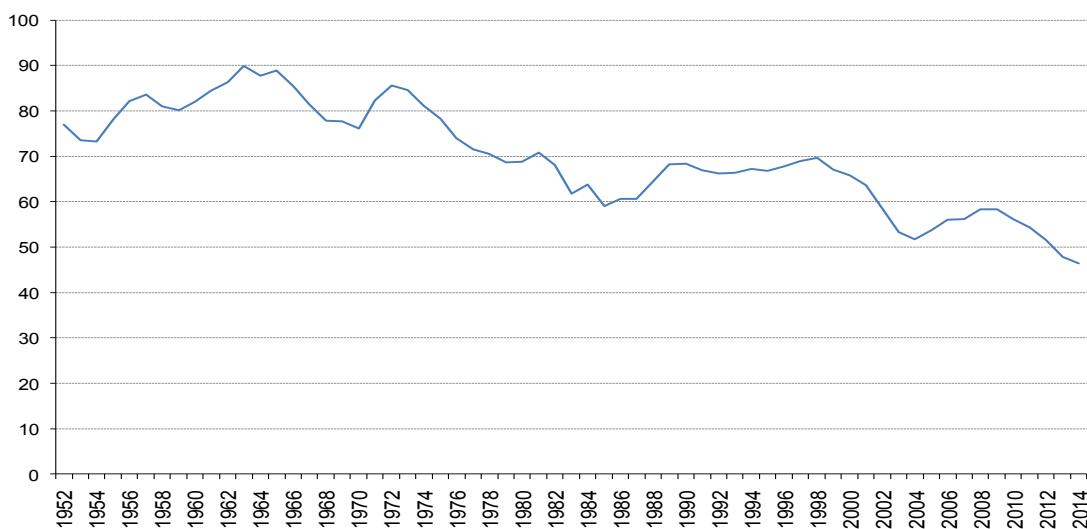
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de World Population Prospect, 2015 Revision <http://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/>

Las estimaciones suelen suavizar las tendencias y no captan las oscilaciones entre períodos cortos de tiempo. Las estadísticas vitales ofrecen un cuadro mucho más ajustado a los vaivenes reales de la tendencia, siempre y cuando sean debidamente ajustadas por los problemas de omisión e inscripción tardía que tienen y que, además, han ido cambiando en el tiempo introduciendo una distorsión adicional a las tendencias.

En el gráfico 3 se muestra la evolución de la tasa específica de fecundidad adolescente (de 15 a 19 años, que incluye en el numerador a los nacimientos de madres menores de 15 años) de acuerdo a las estadísticas vitales. Los nacimientos (numerador) corresponden a los registrados por el INE (Anuario Demográfico) y corregidos según porcentaje de omisión estimado para el total de nacimientos por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (www.deis.cl/series-y-graficos-de-natalidad/). Por su parte, el INE ha publicado recientemente sus propias cifras de nacimientos corregidos, pero solo se remontan hasta 1973 (Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, 2015, pág. 521). Esta duplicidad de fuentes complica las estimaciones de la fecundidad adolescente, lo que se hace mucho más complejo si se considera que las cifras de nacimientos corregidos han variado a través de los años, y que las estimaciones de población femenina de 15 a 19 años también se modifican retrospectivamente con cada nueva edición de las estimaciones y proyecciones oficiales de población por sexo y edad.

Cualquiera sea el caso, en los últimos 20 años hay una tendencia a la convergencia entre ambas fuentes y por ello las eventuales discrepancias actuales tienden a concentrarse en el pasado. Con todo, el gráfico 3 revela una tendencia mucho más oscilante que las proyecciones y, sobre todo, registra al menos dos períodos transitorios de inflexión al alza –1985 a 1989 y luego continuidad en meseta hasta 1998, y más recientemente 2004-2008, tras lo cual se inició un nuevo ciclo a la baja que continúa hasta los últimos datos disponibles–, que no han impedido, eso sí, su reducción a casi la mitad entre los inicios de la década de 1960 y la actualidad.

Gráfico 3
Chile: tasa específica de fecundidad adolescente según registros

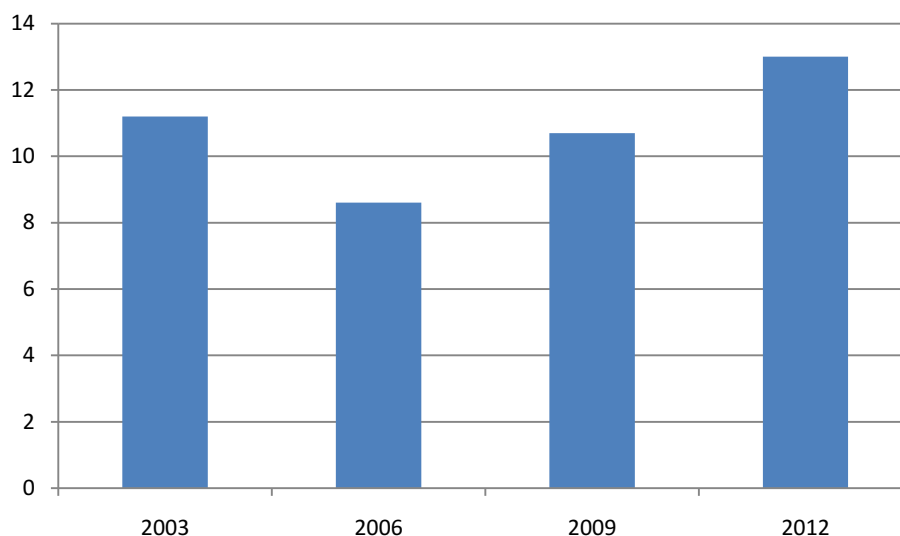


Fuente: Cálculos propios basados en datos del INE (Anuario 2014) y DEIS www.deis.cl/series-y-graficos-de-natalidad/

Diferenciales de las madres adolescentes chilenas

Según los datos obtenidos en las últimas Encuestas Nacionales de Juventud, el porcentaje de madres adolescentes disminuyó entre 2003 (11,2%) y 2006 (8,6%), para luego volver a aumentar en las dos encuestas siguientes (véase el gráfico 4). Según los datos, el año 2012 presenta el mayor porcentaje de madres adolescentes, alcanzando el 13% de las mujeres entre 15 y 19 años.

Gráfico 4
Chile: mujeres de 15 a 19 años que ya han sido madres, 2003-2012
(En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas nacionales de juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

Para controlar el efecto que tiene el cambio de estructura etaria dentro del grupo de 15 a 19 años en esta tendencia, se aplicó una estandarización directa usando la población observada en 2003, tal como se aprecia en el cuadro 2. Se aprecia que en el año 2006 el porcentaje de madres habría aumentado a 10% (respecto del 8,5% observado) y en 2009 a 11,1%, si es que se mantuviera la misma estructura de edad que en el 2003. En tanto, para el 2012 el porcentaje de madres se habría mantenido prácticamente igual. Se concluye que la tendencia no se debe a una distorsión exógena provocada por cambios en la estructura etaria del grupo 15 a 19 años.

Cuadro 2
Chile: número de madres adolescentes observado por edad simple y estimado por edad simple, aplicando el porcentaje de madres observado a la población de 2003 y porcentaje de madres observado y tipificado. 2006, 2009 y 2011

Edad	2003		2006		2009		2012	
	Observada	Estimada	Observada	Estimada	Observada	Estimada	Observada	Estimada
15	4 958	351	551	351	2 756	1 967	5 453	4 738
16	5 091	6 010	6 692	6 010	5 246	5 406	13 497	12 355
17	12 756	11 965	11 922	11 965	14 513	11 528	14 530	12 663
18	20 455	13 004	17 914	13 004	26 100	20 486	23 765	19 803
19	27 222	31 370	24 348	31 370	29 435	30 474	33 600	33 124
Total	70 482	62 700	61 427	62 700	78 050	69 860	90 845	82 683
Porcentaje de madres	0,112	0,100	0,085	0,100	0,107	0,111	0,1291	0,131

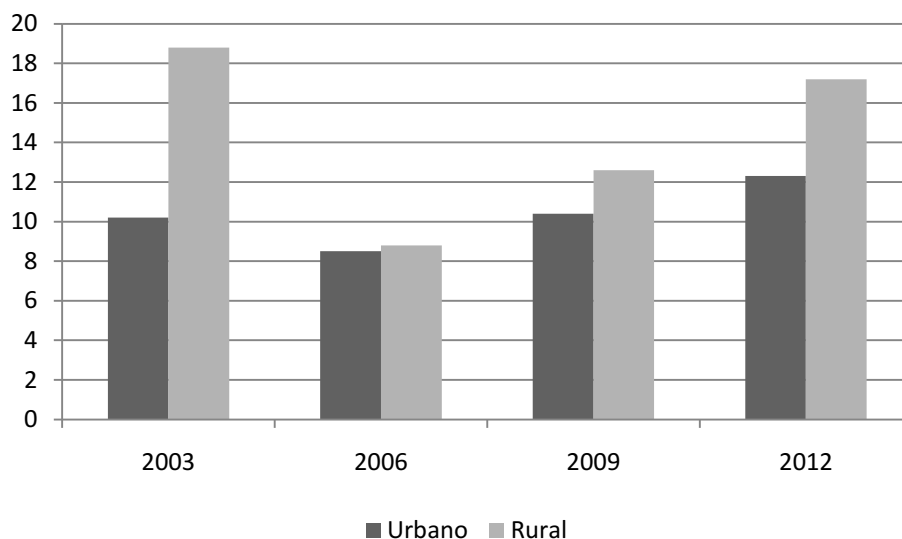
Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas nacionales de juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

Estos resultados de la maternidad que arrojan las encuestas de juventud se ajustan solo parcialmente a los de la fecundidad calculados con registros y presentados en el gráfico 3. La baja de la fecundidad adolescente entre 1998 y 2004 pudo haber tenido un efecto acumulado suficiente para explicar la caída del porcentaje de madres entre 2003 y 2006. El aumento de la maternidad adolescente entre 2006 y 2009 es compatible con el aumento de la fecundidad entre 2005 y 2009. Lo que definitivamente es difícil de explicar, es el aumento entre 2009 y 2012 pese a la baja registrada desde 2010. Podría ser nuevamente el efecto acumulado del alza entre 2005 y 2009, pero es poco probable. Desde luego hay otras explicaciones. La primera es que se trata de medidas distintas y la tasa podría haber caído por reducción de nacimientos de orden superior a 1, lo que no tiene efectos sobre la maternidad. También podrían ser variaciones aleatorias de origen muestral, pero lamentablemente no se tienen los antecedentes para calcular los intervalos de confianza de los porcentajes derivados de las encuestas. Cualquiera sea el caso, esta discrepancia levanta dudas legítimas sobre los resultados de las encuestas, las que debieran resolverse con estudios estadísticos más finos.

A continuación, se indaga sobre la evolución de la maternidad adolescente y la diferencia que se presenta con respecto a distintas características, entendidas desde el concepto del marco ecológico, como elementos del entorno directamente relacionados con el comportamiento y salud sexual de los adolescentes, tales como la zona de residencia y el nivel socioeconómico.

A nivel territorial, las zonas rurales destacan por la importante disminución del porcentaje de madres que se registró durante los años 2003 y 2006, que bajaron diez puntos porcentuales para alcanzar un 8,8% de mujeres madres en el grupo de 15 a 19 años (véase el gráfico 5). Tal como a nivel nacional, este porcentaje vuelve a aumentar para 2012, alcanzando el 17,2%.

Gráfico 5
Chile: mujeres de 15 a 19 años que han sido madres según área de residencia, 2003-2012



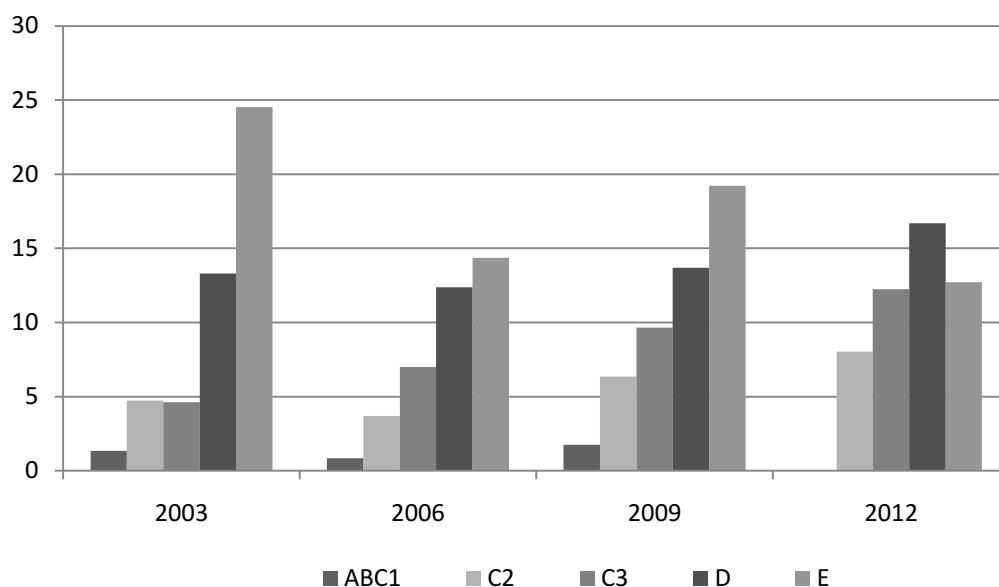
Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas nacionales de juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

Las zonas urbanas repiten la tendencia anterior, porque disminuye el porcentaje de madres adolescentes entre los años 2003 (10,2%) y 2006 (8,5%), para luego volver a subir entre 2009 y 2012. Al contrario de las zonas rurales, estas terminan el año 2012 con una proporción mayor de madres adolescentes (12,5%) que la inicial en 2003 (10,2%) (véase el gráfico 5).

Las brechas entre zonas rurales y urbanas han disminuido desde 2003. Dicho año el porcentaje de madres rural casi duplicaba al urbano y en 2012 el porcentaje rural era un 40% que el urbano (véase el gráfico 5).

En cuanto al nivel socioeconómico, los estratos más bajos (E y D) registran los mayores porcentajes de maternidad adolescente. En los años 2003 y 2009, el grupo socioeconómico más pobre (E) registraba el mayor porcentaje de madres adolescentes, mientras que en el año 2012 el mayor porcentaje lo tenía el grupo socioeconómico D (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
Chile: mujeres de 15 a 19 años que ya han sido madres según nivel socioeconómico^a
2003-2012



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas nacionales de juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a En el año 2012 la encuesta no registró madres adolescentes en el estrato ABC1.

Al final del período de análisis, el estrato E disminuyó el porcentaje de madres adolescentes a prácticamente la mitad, pasando de un 24,5% a un 12,7%. En el caso del nivel D, la situación es inversa, ya que se observa un aumento del porcentaje de madres adolescentes de un 13,3% a 16,9%) (véase el gráfico 6).

En cuanto a los otros niveles socioeconómicos, destaca el aumento del porcentaje de madres adolescentes en los estratos C3 y C2, desde un 4,6% en 2003 a un 12,4% en el año 2012 y desde un 4,7% al 8%, respectivamente. En cuanto al nivel socioeconómico más alto (ABC1), el porcentaje de madres adolescentes no ha superado en ningún año el 2%, no registrándose madres adolescentes para el año 2012 (véase el gráfico 6), generando esto último una desigualdad extrema entre este grupo, virtualmente blindado frente a la maternidad adolescente, y el resto

B. Entorno y determinantes de los adolescentes en Chile

Dada la relación directa que existe entre los elementos del entorno y la salud sexual y reproductiva adolescente, en esta sección se examina cómo ha cambiado la relación entre aspectos como la zona de residencia, el nivel socioeconómico y la situación educacional, junto a la edad, con los distintos

determinantes próximos de la fecundidad adolescente. La descripción somera de estos aspectos se basa en las tablas en anexo y se efectúa solo para brindar antecedentes generales antes de pasar al examen empírico más promenorizado y multivariado. El análisis se realiza de manera diferenciada entre hombres y mujeres, ya que contar con información de ambos sexos es una potencialidad que ofrecen las encuestas de juventud, y en alguna medida también, aunque menor, la CASEN.

Durante todos los años observados, la población entre 15 y 19 años muestra una distribución similar por área de residencia, concentrándose mayormente en las áreas urbanas del país, 86% aproximadamente, distribución que se repite para ambos sexos. En cuanto a la situación educacional de los adolescentes, a partir de la muestra se observa un descenso gradual del porcentaje de adolescentes que no se encuentran estudiando, desde el 24,6% en 2003 al 19% en el año 2012. Este descenso se puede apreciar en ambos sexos, aunque es levemente mayor en el caso de los hombres. Las mujeres que no estudiaban presentaron un importante descenso entre los años 2003 y 2006, alrededor de siete puntos porcentuales, la proporción alcanzada se mantiene durante el año 2009, presentando un leve aumento, de alrededor de tres puntos porcentuales, para 2012. En el caso de los hombres, el porcentaje de los que no se encontraban estudiando permaneció prácticamente igual entre 2003 y 2009, mostrando su descenso más importante en fechas recientes, de 19,7% en 2009 a 14,7%, en el año 2012 (véase el cuadro A1.1 del anexo). Dado que se trata de encuestas y que los datos corresponden a un grupo acotado de la población, estos altos y bajos pueden no ser significativos en términos estadísticos. Lamentablemente, no contamos con la información necesaria para calcular los intervalos de confianza, incluyendo el denominado efecto diseño, de estas estimaciones puntuales.

Factores de riesgo y determinantes próximos

La iniciación sexual durante la adolescencia ha aumentado en los últimos años, pues el porcentaje de adolescentes (ambos sexos, 15-19 años) que declara haber tenido actividad sexual penetrativa creció de 39,9% en 2003 a 51,7% en 2012 (véase el cuadro A1.2 del anexo). El aumento en el tramo etario más joven (15 a 17 años), alrededor de 14 puntos porcentuales en ambos sexos, es mayor que el registrado en el tramo de edad de 18 a 19 años. En este último grupo hay matices según sexo, pues las mujeres han mostrado un mayor incremento, de 55,3% a 66,8%, en el período de referencia. En general, las mujeres presentan menores porcentajes de iniciadas sexualmente en todas las mediciones, pero dado los aumentos mayores entre ellas, esta brecha entre hombres y mujeres ha disminuido en ambos tramos etarios (véase el cuadro A1.2 del anexo). La condición de actividad sexual presenta diferencias según área de residencia solo en la última encuesta (2012), siendo el área urbana la que muestra una mayor proporción de iniciados sexualmente entre adolescentes (52,7%), en comparación con las áreas rurales (45,3%).

La iniciación sexual según nivel socioeconómico también es diferencial y las brechas muestran cambios en el período observado. Se advierte un aumento del porcentaje de iniciados/as sexualmente en todos los niveles socioeconómicos, excepto en el más alto, siendo el aumento del estrato más bajo (E) el más importante (26 puntos porcentuales). El resto de los estratos también presenta aumento de la proporción de iniciados sexualmente, en el caso de los niveles C2 y C3 se observa un aumento de alrededor de quince puntos porcentuales, en tanto en el nivel D el aumento fue de 8,5 puntos. En el caso del nivel ABC1, pese a terminar con el mismo porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente que al principio del período de análisis, se advierte un comportamiento errático con aumentos y descensos, lo que se puede deber a que el número de casos que representa a este nivel en la muestra son escasos.

En el caso de las mujeres, se aprecia un aumento de la proporción de iniciadas en todos los niveles socioeconómicos, siendo el más importante en el nivel E. Paralelamente aumentaron de manera similar los estratos ABC1, C3 y D, alrededor de catorce puntos porcentuales, mientras que el C2 tuvo un aumento más moderado. Los hombres también han mostrado un aumento en el porcentaje de iniciados sexualmente en todos los estratos, excepto en el caso del más alto que mostró un descenso considerable, de 51% iniciados sexualmente en el año 2003 a 39,6% en 2012. Al igual que en el caso de las mujeres, el aumento más importante se produjo en el nivel E, en tanto los niveles C2 y C3 también mostraron aumentos considerables.

Por otra parte, la proporción de adolescentes alguna vez unidos/as⁵ se ha mantenido alrededor del 3% en todos los años observados, las mujeres son las que presentan un mayor porcentaje (véase el cuadro A1.3 del anexo). Para el año 2003, el porcentaje de muchachas alguna vez unidas era del 5%, esta cifra baja al 4% en la encuesta siguiente, pero posteriormente vuelve a subir, alcanzando casi un 6% para el año 2012. En tanto, los hombres alguna vez unidos muestran un porcentaje menor, alcanzando el porcentaje más alto en 2012, casi 2%.

En el caso del área de residencia (urbano/rural), en todas las encuestas, con excepción de 2006 en que ambas áreas presentan prácticamente el mismo porcentaje, las zonas rurales muestran una mayor proporción de adolescentes alguna vez unidos/as. Las mujeres, en ambas áreas, registran mayores porcentajes de alguna vez unidas que los hombres, aunque las diferencias entre sexos en las áreas urbanas se han mantenido estables.

Según nivel socioeconómico, los estratos de menos nivel presentan mayores porcentajes de alguna vez unidos. En el caso de los estratos C3 y D se mantienen porcentajes similares de alguna vez unidos entre los años 2003 y 2006, alrededor de un 2% y 4% respectivamente, los que se ven incrementados a un 4% y 5% para el año 2012. En el estrato E, si bien se han mantenido con un porcentaje similar durante todos los años observados, este es el más alto, entre un 5% y 6%.

La situación educacional también se asocia a comportamientos nupciales diferenciados. Por un lado, en el caso de los adolescentes que se encuentran estudiando, se observa que tanto hombres como mujeres han mantenido los porcentajes de alguna vez unidos similares en todos los años, no superando el 1%, excepto en el caso de las mujeres en 2009 que alcanzaron el 2%. Por el contrario, en el caso de los adolescentes que no se encuentran estudiando, se evidencia un aumento considerable en la última encuesta, ya que de alrededor del 10% que se presentó en los años anteriores, la cifra aumentó a un 17% en 2012. Así mismo, se observa que el porcentaje de mujeres que no se encuentra estudiando y que ha estado alguna vez unida es mayor que el de los hombres en todos los años observados, donde además muestran un aumento importante en el último año, alcanzando para 2012 un 21,4% de mujeres algunas vez unidas entre aquellas que no se encuentran estudiando.

Por su parte, el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual mostró un aumento entre los años 2003 y 2006, pasando de un 39,3% de uso a un 56,1% (véase el cuadro A1.4 del anexo). Posterior a esto, el porcentaje sólo aumentó 2 puntos porcentuales. Las diferencias por sexo que se mostraban en el año 2003, donde los hombres registraban un porcentaje mayor de uso que las mujeres, disminuyeron progresivamente y para 2009 ya no se observaba una diferencia por sexo.

En cuanto a la comparación entre zonas urbanas y rurales, no se observan diferencias importantes en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual en los años 2003 y 2006, menos de cuatro puntos porcentuales, pero en el año 2009 esta diferencia aumentó a 10, donde las zonas urbanas presentaron un 60,1% de uso mientras que las zonas rurales alcanzaron sólo el 50%. Este último ámbito muestra un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, ya que para 2003 el uso era de un 39,8% y para 2006 de un 55,1%.

El uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es mucho más frecuente en los estratos socioeconómicos más altos y en contrapunto el estrato más bajo registra los menores niveles de iniciación sexual protegida. En 2003, en todos los estratos con excepción del C2, las mujeres presentaban un mayor porcentaje de uso, siendo la diferencia más importante en el estrato ABC1, en el que los hombres registraban un 36,2% de uso y las mujeres un 89,5%. Las diferencias entre hombres y mujeres se reducen con posterioridad y en los ABC1, D y E, la situación se invierte y son los hombres quienes muestran un mayor porcentaje de uso, en tanto en el C2 y C3 son las mujeres quienes tienen un porcentaje levemente mayor.

⁵ Se usa la pregunta por estado civil o conyugal (h4) agrupando todas las categorías menos Soltero/a –es decir: Casado/a, Conviviente o pareja, Anulado/a, Separado/a, Divorciado/a, y Viudo/a– como “alguna vez unidos/as”, la que puede perder casos de “uniones consensuales” disueltas. Sin embargo, se usa la expresión “alguna vez unidos” porque todos los casos efectivamente lo estuvieron. El problema radica en la categoría restante –soltero/a– que no puede considerarse como “nunca unidos/as”, pues puede incluir personas que alguna vez estuvieron unidas pero que, por tratarse de una unión informal, no se declaran como separados.

Por otra parte, durante todos los años se ha observado un aumento progresivo del uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual entre los adolescentes, siendo especialmente los hombres quienes incrementaron más su uso, desde un 52% en 2003 a un 88,6% en 2012 (véase el cuadro A1.5 del anexo). Al examinar los datos por tramos de edad, se observa que ambos aumentaron el uso de anticonceptivos en la última relación sexual, siendo el tramo mayor el que presenta un mayor aumento. Al final del período ambos tramos etarios poseen porcentajes similares de uso de anticonceptivos en la última relación sexual, donde en todos los años se aprecia que los hombres poseen un porcentaje levemente mayor de uso.

En cuanto a las áreas de residencia se ve un aumento del uso en ambas zonas, existe un aumento del 48% en las zonas urbanas y del 93% en las rurales. En las zonas rurales destaca el incremento del uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres, donde al final del período observado superan el porcentaje de los hombres con un 93,7% de uso, mientras que ellos alcanzan un 85,1%. En cambio, en las zonas urbanas sucede lo contrario, los hombres tienen un mayor uso que las mujeres, aunque con una diferencia más estrecha que en las zonas rurales.

Los grupos socioeconómicos, por su parte, se muestran heterogéneos. En general se observa que los estratos más altos poseen un mayor porcentaje de uso de anticonceptivos en la última relación sexual, aunque la diferencia entre los estratos ha ido disminuyendo a lo largo de los años. El aumento del uso de anticonceptivo en la última relación sexual ha aumentado principalmente en los estratos más bajos, donde en el año 2012 el estrato E alcanzó el 90,1%, el D el 84,2%, el C3 el 88,9% y 92,1% el C2. El estrato más alto (ABC1) mostró una leve baja.

Finalmente, el uso de métodos anticonceptivos modernos en la última relación sexual ha predominado en todos los años observados (véase el cuadro A1.6 del anexo). Con todo, hay una relación directa entre el estrato socioeconómico y el uso de métodos anticonceptivos modernos en la última relación sexual, aunque la brecha entre estratos se ha ido estrechando con los años hasta casi desaparecer para el año 2012. En general, el estrato más alto (ABC1) tiene el mayor uso de anticonceptivos modernos en todos los años, superando el 90% con excepción de 2009 donde sólo alcanzó el 76,5%. El resto de los estratos muestra un aumento progresivo del uso de anticonceptivos modernos en la última relación sexual, siendo los estratos D y E los que muestran los cambios más importantes. Ambos estratos comenzaron con un porcentaje de uso de alrededor del 47%, aunque su evolución ha sido diferente, ya que el estrato E no mostró un aumento hasta 2009, en cambio en el estrato D el uso de anticonceptivos modernos en la última relación sexual se ha visto en todos los años. Para el 2012, ambos estratos presentan un aumento importante alrededor de 16 puntos porcentuales el D y 36 puntos porcentuales el E, alcanzando el 82,3% y 90,1% de uso, respectivamente.

C. Identificación de variables que inciden en la maternidad adolescente en Chile

Luego de conocer características del entorno y la exposición a factores de riesgo de los adolescentes en Chile, así como los determinantes claves para la fecundidad en este grupo poblacional, cabe indagar en la forma cómo estas variables inciden en la probabilidad de ser madre adolescente. Para lo anterior, se aplicaron dos modelos logísticos binomiales (dado que la variable respuesta es dicotómica: haber sido madre o no), que incluyen los factores mencionados anteriormente. El primer modelo explica la influencia de los contextos, representados por las variables sociodemográficas: nivel socioeconómico y área de residencia, para los distintos años observados. El segundo modelo incluye, además de los contextos, las variables consideradas en el modelo de variables intermedias de la fecundidad adolescente.

El primer modelo muestra el efecto importante (véase el cuadro 3), en todos los años observados, que tiene en las adolescentes el pasar de un año de vida al siguiente en las probabilidades de ser madre. El año 2006 se encuentra la magnitud más alta para esta variable, donde por cada año de vida la chance de ser madre es de 2.105 veces en promedio que la edad previa (teniendo en cuenta que 1 significa que no hay aumento de esa posibilidad con respecto al año anterior), a un 99% de nivel de confianza.

Cuadro 3
Modelo 1 de regresiones logísticas binomiales, con los odds ratio de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile^a. 2003 a 2012^b

Variables	Categorías	2003	2006	2009	2012
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
	Edad simple	1.902 ^c	2.105 ^c	2.049 ^c	1.865 ^c
NSE	ABC1 (categoría de referencia)		Nivel Alto (ABC1+C2) categoría de referencia		Nivel Alto (ABC1+C2) categoría de referencia
	C2	5.382		1.610	
	C3	5.912	Nivel Medio (C3+D)	3.631 ^d	Nivel Medio (C3+D)
	D	13.567 ^d	4.513 ^e	5.892 ^c	2.723 ^c
	E	21.607 ^c	Nivel Bajo (E) 7.735 ^e	6.126 ^c	Nivel Bajo (E) 2.788 ^c
Localidad	Urbano (categoría de referencia)				
	Rural	0.892	0.834	1.021	1.566 ^d
	Constante	0.000 ^c	0.000 ^e	0.000 ^c	0.000 ^c

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas nacionales de juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a Regresión hecha sin ponderación.

^b Número de casos en 2003 (1.658), 2006 (1.628), 2009 (1.864) y 2012 (1.845).

^c Coeficiente significativo ($p \leq 0,01$).

^d Coeficiente significativo ($p \leq 0,05$).

^e Coeficiente significativo ($p \leq 0,1$).

En cuanto al área de residencia, el único año que muestra una probabilidad significativa de que las adolescentes que viven en áreas rurales tengan más chances de ser madres es 2012, 1.566 con respecto a las que viven en zonas urbanas. En el resto de los años no se registran coeficientes significativos (con un 95% de confianza).

Según nivel socioeconómico, en los años 2003, 2006 y 2009, las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos tenían chances de haber sido madres considerablemente más altas que sus contrapartes de nivel socioeconómico más alto. La mayor brecha se verificó el año 2003, cuando la chance de ser madre de las adolescentes de nivel socioeconómico bajo (E) fue 21 veces la registrada entre las pertenecientes al estrato socioeconómico ABC1.

De lo anterior se deduce que el nivel socioeconómico tendría más influencia, en tanto variable distal o de contexto, en la probabilidad de ser madre que el área de residencia, ya que esta última sólo aparece como variable significativa en la encuesta más reciente.

El segundo modelo incorpora las variables intermedias uso de anticonceptivo en la primera relación sexual y condición de unión de las adolescentes (véase el cuadro 4).

En cuanto al nivel socioeconómico, se observan cifras significativas sólo en los años 2006 y 2009. En ambos, la mayor probabilidad de ser madre es de las adolescentes que pertenecen al nivel socioeconómico más bajo, usando como referencia el más alto, aunque el nivel medio también presenta probabilidades más elevadas que el alto. Para 2006, la chance de las adolescentes de los niveles más bajos de ser madre es de 4.43 veces más que la de niveles más altos, esto disminuye a 3.192 para 2009. En el caso de las adolescentes de los niveles medios, esa posibilidad es de 3.233 y 2.452 para los años 2006 y 2009, respectivamente. En cuanto al área de residencia, esta no presenta cifras significativas en todos los años.

Cuadro 4
Modelo 2 de regresiones logísticas binomiales, con los odds ratio de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile^a. 2003 a 2009^b

Variables	Categorías	2003	2006	2009
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
	Edad simple	1.259 ^c	1.480 ^c	1.581 ^c
NSE	Nivel Alto (ABC1+C2) categoría de referencia			
	Nivel Medio (C3+D)	1.334	3.233 ^d	2.452 ^c
	Nivel Bajo (E)	2.372	4.430 ^c	3.192 ^c
Localidad	Urbano (categoría de referencia)			
	Rural	0.847	1.045	0.821
Uso de MAC	Usó MAC en primera relación sexual (categoría de referencia)			
	No usó MAC en primera relación sexual	3.093 ^c	3.734 ^c	2.636 ^c
Unión	Soltera (categoría de referencia)			
	Unida/Alguna vez unida	7.305 ^c	13.972 ^c	10.496 ^c
	Constante	0.002 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas nacionales de juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a Regresión hecha sin ponderación.

^b Número de casos en 2003 (623), 2006 (594) y 2009 (828).

^c Coeficiente significativo ($p \leq 0,01$).

^d Coeficiente significativo ($p \leq 0,05$).

Respecto de las dos variables intermedias incluidas en el modelo, ambas registran efectos estadísticamente significativos, evidenciando que las adolescentes más expuestas son aquellas que no usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual y aquellas que han estado alguna vez unidas. La chance de ser madre de las adolescentes que no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual era, en 2003, 3.093 veces la de las que sí usaron, se mantuvo similar para 2006 y disminuyó para 2009 a 2.636.

Por su parte, la condición de unión se asocia de manera fuerte y significativa con mayores posibilidades de ser madre adolescente. Para el año 2003, la chance de las adolescentes alguna vez unidas era de 7.305 veces que las nunca unidas, controlando los otros factores incluidos en el modelo. La anterior cifra aumentó a 13.972 para 2006 y disminuyó en 2009 a 10.496 veces la chance de las adolescentes nunca unidas.

En el caso del tercer modelo, en el cual el uso de anticonceptivos se mide con el uso en la última relación sexual (véase el cuadro 5), se observa que, en relación al nivel socioeconómico, las adolescentes pertenecientes al nivel medio tienen más chance de ser madres que las del nivel alto, lo que disminuye progresivamente con los años, dado que para 2006 era de 3.7 veces más en 2012 con 1.8 veces. En el nivel socioeconómico bajo tienen aún más chance de ser madres que el medio, y el modelo entrega cifras significativas en todos los años. Las posibilidades de ser madres en el nivel bajo, en relación con el alto, han variado durante los años, aumentando entre los años 2003 y 2006, para luego disminuir en los años 2009 y 2012, donde la chance era de 4 y 1.9 respectivamente.

Cuadro 5
Modelo 3 de regresiones logísticas binomiales, con los odds ratio de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile^a. 2003 a 2012^b

Variables	Categorías	2003	2006	2009	2012
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
	Edad simple	1.157	1.433 ^c	1.543 ^c	1.172 ^c
NSE	Nivel Alto (ABC1+C2) categoría de referencia				
	Nivel Medio (C3+D)	1.428	3.771 ^c	2.901 ^c	1.807 ^c
	Nivel Bajo (E)	2.648 ^c	6.720 ^c	4.018 ^c	1.651 ^c
Localidad	Urbano (categoría de referencia)				
	Rural	0.992	0.819	0.912	1.663 ^c
Uso de MAC	Usó MAC en la última relación sexual (categoría de referencia)				
	No usó MAC en la última relación sexual	1.500 ^d	0.999	0.87	0.345 ^c
Unión	Soltera (categoría de referencia)				
	Unida/Alguna vez unida	8.022 ^c	12.287 ^c	10.678 ^c	20.373 ^c
	Constante	0.011 ^c	0.000 ^c	0.000 ^c	0.017 ^c

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas nacionales de juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a Regresión hecha sin ponderación.

^b Número de casos en 2003 (623), 2006 (594), 2009 (828) y 2012 (815).

^c Coeficiente significativo ($p \leq 0,01$).

^d Coeficiente significativo ($p \leq 0,05$).

La variable uso de anticonceptivo en la última relación sexual sólo muestra cifras significativas en los años 2003 y 2012, en esos años quienes no utilizaron algún método anticonceptivo en la última relación sexual tienen 1,5 más chance de ser madres que las que sí lo utilizaron, en el año 2012 esta cifra disminuyó alcanzando el 0,3. Este último resultado contraintuitivo, porque sugiere que no haber usado anticoncepción en la última relación sexual se asocia con menor chance de haber sido madre, puede deberse a los problemas metodológicos de esta pregunta comentados previamente. Por lo anterior, es importante destacar que el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se correlaciona negativamente con la chance de quedar embarazada (Azevedo y otros, 2012), lo que revela el efecto preventivo de este uso, tal como se espera.

La variable unión es la que más discrimina y la chance de ser madre de las alguna vez unidas, respecto de las nunca unidas, va en aumento durante los años observados, ya que en 2003 la chance de las alguna vez unidas era 8 veces la de las nunca unidas y esa relación sube a 20 veces en 2012.

D. Evolución de la probabilidad de haber sido madre en la adolescencia según cohorte y nivel socioeconómico: el aporte novedoso de la encuesta CASEN

A partir del año 2011, la encuesta CASEN en su módulo de Salud incluye dos preguntas claves para el estudio de la maternidad adolescente:

- ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted en su vida?
- ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?

Además, la encuesta CASEN consulta sobre la situación de unión de los miembros del hogar, por medio de la pregunta ¿Cuál es el estado conyugal o civil actual de...?, que tiene como alternativas de respuesta: casado(a), conviviente o pareja, anulado(a), separado(a), divorciado(a), viudo(a) y soltero(a). Esta pregunta resulta especialmente importante debido a que permite identificar las uniones de hecho, que son las que predominan ampliamente entre las adolescentes que forman pareja.

Adicionalmente, esta encuesta entrega una clasificación socioeconómica basada en quintiles o deciles que permiten análisis diacrónicos. Con estas consultas es posible tener estimaciones alternativas a las de las encuestas de juventud (véase el gráfico 3) de la maternidad adolescente y, además, tener otra fuente sobre la desigualdad de la unión y la maternidad, junto con una visión de cohorte sobre la tendencia del primer hijo durante la adolescencia (usando la pregunta s6), como se hace a continuación.

Respecto del porcentaje de madres, arroja un valor del orden de 10% en ambas encuestas y la aproximación a la probabilidades de haber sido madre en la adolescencia (porcentaje del grupo 19-20 años) llega al 23,1% en 2013, ligeramente mayor que el 25,3% registrado en 2011 (véase el cuadro 6). Se trata de cifras más bajas que las encontradas en las Encuestas Nacionales de Juventud (véase el gráfico 3), y más compatibles con la tendencia de la fecundidad adolescente proporcionada por las estadísticas vitales. De hecho, los valores y tendencias que se deducen de las encuestas de juventud difieren de lo que proporcionan las otras dos fuentes (registros y encuesta CASEN), por lo cual cabría tener cautela con los resultados de dichas encuestas, al menos en esta materia.

Cuadro 6
Chile: porcentaje de madres de 12 a 20 años de edad,
por grupos de edad

Año	Grupos de edad		
	12-14	15-19	19-20
2013	0,2	10,1	23,1
2011	0,1	10,2	25,3

Fuente: procesamientos especiales, microdatos encuestas CASEN.

Respecto de la desigualdad, el cuadro 7 muestra los resultados de una regresión logística que captura el diferencial socioeconómico de la maternidad adolescente usando la variable asociada a la pregunta “¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?” clasificando como madre a todas las que han tenido al menos un hijo según la edad. El resultado muestra la importancia de la variable edad, como ya ha sido destacado y es relativamente obvio. También reitera la desigualdad, porque las muchachas de todos los quintiles diferentes del superior tienen chance de haber sido madres equivalente a 3 o más veces la del quintil superior. En el caso extremo, la chance del quintil más pobre es 6 veces (12 veces en la CASEN de 2011) la del quintil superior. Ahora bien, hay una diferencia importante entre las dos encuestas, que es la pendiente de la relación que es sistemática y marcada en el caso de 2011 y más plana y menos fuerte en 2013, sobre todos porque los quintiles II, III y IV no difieren mucho en su posibilidad de haber sido madre en la adolescencia, lo que es llamativo y amerita mayor investigación, eventualmente con la nueva encuesta CASEN 2015.

Siempre en materia de desigualdad el cuadro 8 muestra, de forma incluso más contundente que la anterior, que las posibilidades de ser madre en la adolescencia varían significativamente según nivel socioeconómico, llegando el quintil superior a registrar una chance 11 veces las del quintil superior, en el caso de la cohorte de 25 a 29 años.

Cuadro 7
Chile: relaciones de momio (*odds ratios*) de la edad y el quintil sobre la chance de haber sido madre (no madre categoría de referencia) en mujeres de 15 a 19 años. 2011 y 2013

Variables		2011	2013
		Exp(B)	Exp(B)
NSE	Edad	1,905	1,932
	ABC1 (categoría de referencia)		
	C2	11,732	6,541
	C3	9	4,211
	D	8,182	3,135
	E	3,169	3,405
Constante		0	0

Fuente: procesamientos especiales, microdatos encuestas CASEN.

Cuadro 8
Chile: relaciones de momio (*odds ratios*) de la edad y el quintil sobre la chance de haber sido madre antes de los 20 años (no madre categoría de referencia) en mujeres de 20 a 34 años según grupos quinquenales de edad. 2011 y 2013

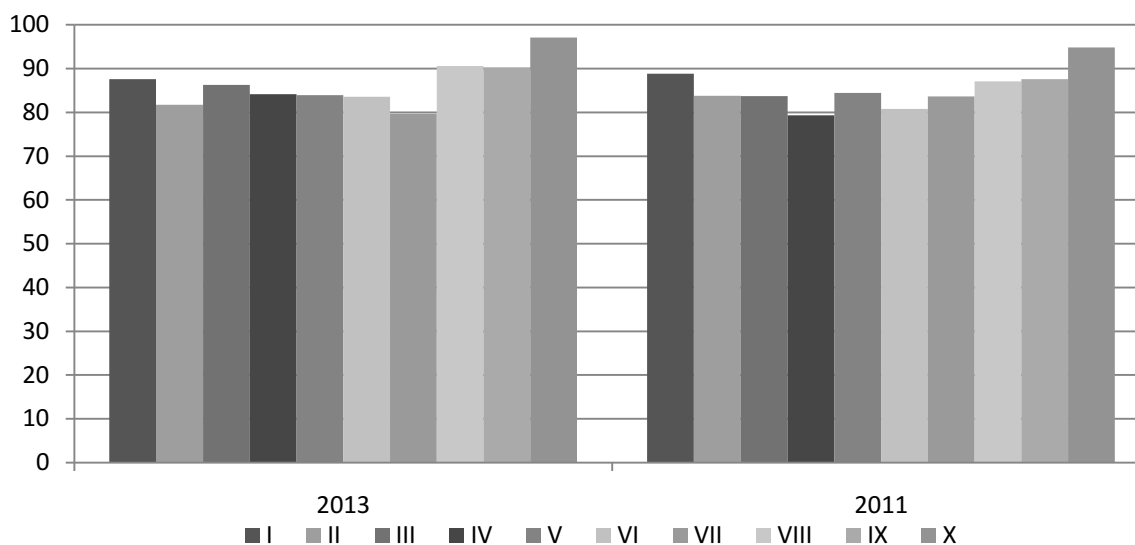
Variables		2011			2013		
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Edad		20-24	25-29	30-34	20-24	25-29	30-34
		1,05	1,04	1,02	1,04	1,04	1,10
Quintil	I (referencia)						
	II	6,58	11,68	7,12	9,2	10,55	11,77
	III	5,23	7,12	4,48	7,97	7,00	8,31
	IV	3,45	4,73	3,37	5,20	4,89	5,07
	V	2,04	2,51	2,10	3,30	2,73	3,78
Constante		0,03	0,03	0,08	0,02	0,02	0,00

Fuente: procesamientos especiales, microdatos encuestas CASEN.

Respecto de la unión, en cambio, el gráfico 7 muestra, en principio, una situación diferente a la marcada desigualdad de la reproducción adolescente, pues la unión en la adolescencia es más bien infrecuente y presenta una desigualdad socioeconómica menos marcada. Estos resultados marcan una diferencia importante de la fecundidad adolescente de Chile con otros países de la región, por ejemplo República Dominicana y varios otros de Centroamérica, donde la unión en la adolescencia es un factor clave para la fecundidad temprana y también para las políticas dirigidas a prevenirla (Rodríguez Vignoli, 2016). Pareciera que en Chile la unión temprana ha tendido a reducirse de forma generalizada, aunque todavía cerca a un 15% de las muchachas pobres lo hace durante la adolescencia, lo que en ausencia de acceso a anticoncepción eficiente y oportuna las deja expuesta a un embarazo temprano.

Ahora bien, el modelo logístico básico aplicado en este trabajo para examinar la desigualdad socioeconómica controlando por variables exógenas como la edad, muestra que tras la aparente homogeneidad del gráfico 7 hay una disparidad clara y sistemática entre el quintil socioeconómico superior (eventualmente los dos quintiles superiores) y los tres quintiles inferiores. En efecto, el quintil superior tienen una chance mucho mayor de soltería (y estadísticamente significativa) que el resto. A su vez, el quintil IV que le sigue también se distingue de los otros tres por su mayor chance de soltería. En cambio, los tres quintiles inferiores no se diferencian mayormente entre sí en dicha chance, y sí difieren mucho de la chance del quintil superior; de hecho su chance de soltería son un cuarto de las que registra este quintil (véase el cuadro 9).

Gráfico 7
Chile: porcentaje de mujeres de 19 y 20 años solteras (no unidas ni separadas). 2011 y 2013



Fuente: procesamientos especiales, microdatos encuestas CASEN.

Cuadro 9
Chile: relaciones de momio (*odds ratios*) de la edad y el quintil sobre la chance de ser soltera (agrupación de casadas, unidas, separadas, divorciadas y viudas categoría de referencia) en mujeres de 15 a 19 años. 2011 y 2013

Variables		2011	2013
		Exp(B)	Exp(B)
Edad		0,50	0,52
Quintil	I (referencia)		
	II	0,52	0,29
	III	0,48	0,27
	IV	0,46	0,21
	V	0,62	0,40
Constante		-	-

Fuente: procesamientos especiales, microdatos encuestas CASEN.

Finalmente, el gráfico 8 expone la experiencia reproductiva en la adolescencia según cohortes gracias a la nueva consulta incluida en la encuesta CASEN sobre la edad cuando tuvo el primer hijo. Se representan solo tres deciles (inferior, quintil y superior) para facilitar la visualización de las tendencias y disparidades. En el eje X se identifica el grupo de edad y la fecha media por la que esa cohorte atravesó la adolescencia (15 a 19 años, para cada cohorte se tomó 10 años). En tanto, en el eje Y se encuentra la probabilidad de ser madre antes de cumplir los 20 años y la relación de desigualdad entre el primer y el último decil.

Los hallazgos principales del gráfico 8 son:

- i) Una tendencia total que es compatible con otras fuentes, en particular con las estadísticas vitales (véase el gráfico 3) porque captura un aumento en la segunda mitad de 1980 y su estabilización en nivel elevado durante buena parte de la década de 1990 (sobre todo la

CASEN 2011) y luego su descenso. El repunte entre 2004 y 2008 se captura como estabilización o moderación abrupta de la caída⁶.

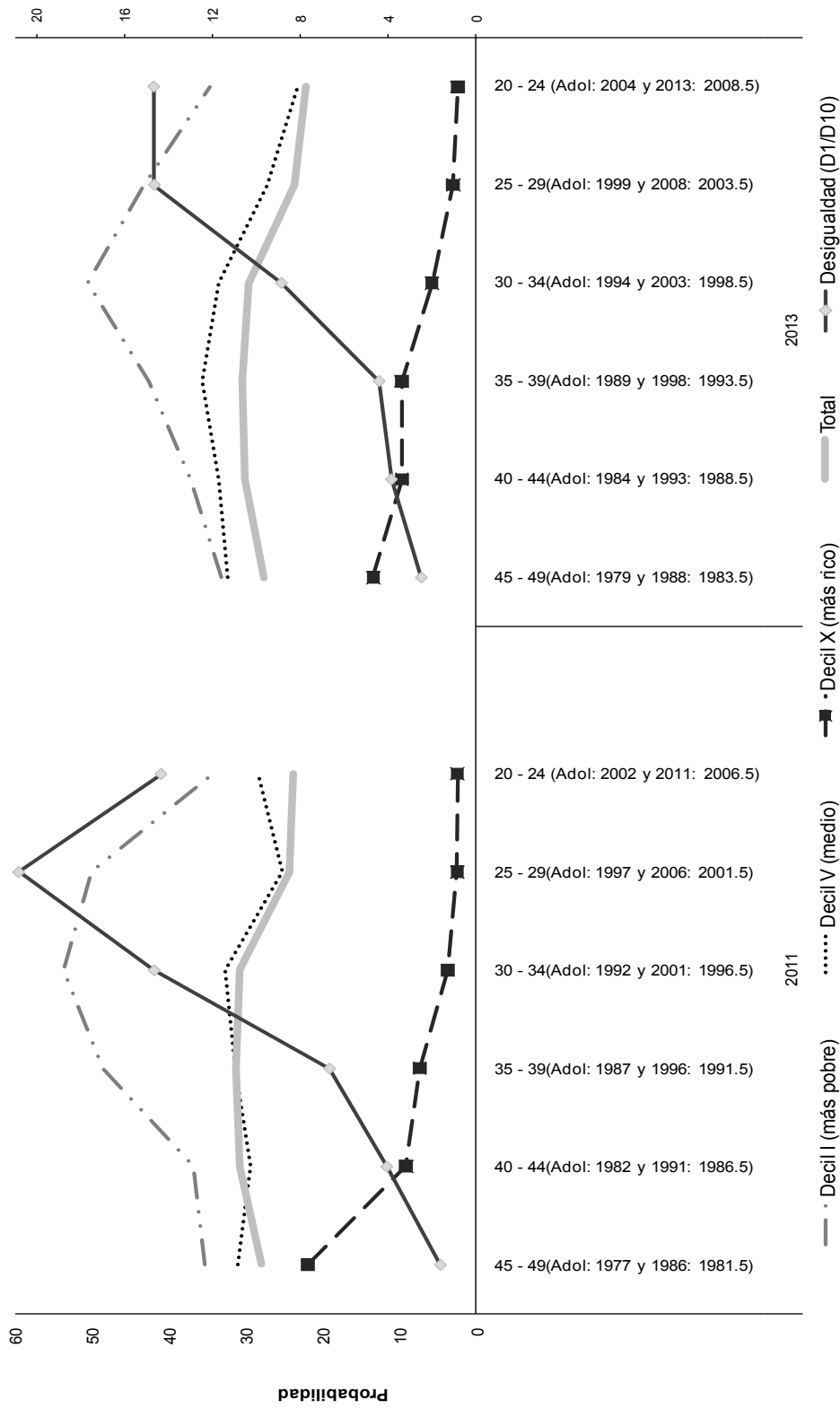
- ii) Una marcada disparidad de los niveles de maternidad en la adolescencia según condición socioeconómica, ratificando los patrones antes expuestos. Para la cohorte más joven, es decir aquella nacida entre 1989 y 1993 (y que por ende tenía entre 20 y 24 años en 2013), la probabilidad de haber sido madre en la adolescencia fue 42,5% mientras que para el decil superior fue de 3,1%. En la cúspide del aumento de la fecundidad adolescente a fines de la década de 1980, la probabilidad de ser madre durante la adolescencia superó el 50% para el decil más pobre.
- iii) Una desigualdad adicional en el caso del decil de mayor ingreso, derivada ahora de la tendencia. Este grupo parece haber sido inmune a los vaivenes de la fecundidad adolescente durante el período indagado, pues las cohortes de este decil registran un descenso sucesivo y sistemático (más sostenido en la CASEN 2011 porque en la de 2013 hay un período de estabilización coincidente con el alza en los otros deciles). Por lo anterior, según esta fuente⁷, la desigualdad de la probabilidad de ser madre en la adolescencia se incrementó muy fuertemente entre la década de 1980 y la de 2000, aunque haya caído para todos los deciles.

Estos resultados no son directamente comparables con los expuestos previamente (véase el gráfico 6) porque los indicadores difieren así como las variables socioeconómicas usadas para evaluar la desigualdad. Tampoco son directamente comparables con las regresiones logísticas aplicadas a los datos de la encuestas de juventud (véase el cuadro 8) por las mismas razones. En cambio, sí tienen más comparabilidad con las regresiones logísticas aplicadas a la encuesta CASEN y presentadas en el cuadro 8, aunque con algunas diferencias importantes: i) en las regresiones se usan quintiles; ii) las regresiones controlan la edad, aunque en este indicador esa variable de control es menos importante (captura efecto cohorte, pero no exposición al riesgo); iii) el coeficiente de las regresiones presentado en el cuadro 8 es una relación entre chances ($1/1-p$) y no una relación entre probabilidades, que es lo que expone en el gráfico 8. Cualquiera sea el caso, se trata de un resultado muy potente que obliga a redoblar esfuerzos, porque evidentemente se consolida la fecundidad adolescente como un rasgo distintivo de los sectores pobres y está bien documentada su condición de eslabón en la reproducción de la pobreza y la desigualdad (CEPAL, 2014; Rodríguez Vignoli, 2014b; UNFPA, 2013).

⁶ Entre la tasa específica de fecundidad adolescente (véase el gráfico 3) y el indicador del gráfico 7 hay diferencias sustantivas y metodológicas que permiten explicar eventuales discrepancias. La más importante es que la tasa considera todos los nacimientos mientras que la probabilidad solo los nacimientos de orden 1 (a qué edad tuvo su primer hijo). Entonces podría haber una disminución de la tasa con estabilidad de la probabilidad si el descenso de la tasa se debe a nacimientos de orden superior a 1 (incluso podrían registrarse tendencias divergentes si la caída de los nacimientos de orden 2 y más logra compensar el efecto de un aumento de los nacimientos de orden 1 en la adolescencia). Esta causa de diferencia no es irrelevante (de hecho Rodríguez, 2009 mostró la importancia de su efecto en América Latina), aunque es decreciente porque hay una clara tendencia al aumento de la proporción que representan los nacimientos de orden 1 entre todos los nacimientos que se tienen en la adolescencia. Por otra parte, las encuestas solo hacen estas consultas a las sobrevivientes de cada cohorte y a las que permanecen en el país al momento de la encuesta, mientras que los registros capturan la experiencia de la cohorte cada año calendario. Por ello, una mortalidad o emigración diferencial entre mujeres según experiencia reproductiva en la adolescencia podría generar discrepancias entre ambos indicadores. Para exponerlo con un caso extremo, la tasa específica de fecundidad adolescente de los registros podría ser no nula y la encuesta registrar probabilidad cero de haber sido madre en la adolescencia si quienes fueron madres adolescentes emigraron del país o fallecieron antes de la encuesta (y por ello los registros presentan tasas no nulas). La inmigración internacional también puede generar discrepancias entre ambos indicadores. Para exponerlo con un caso extremo, la tasa específica de fecundidad adolescente de los registros podría ser cero y la encuesta registrar probabilidades no nulas de haber sido madre en la adolescencia si entre las inmigrantes internacionales que responden la encuesta hay madres adolescentes que tuvieron su primer hijo fuera del país (o no lo registraron).

⁷ Que puede tener problemas de imprecisión en las estimaciones sobre todo con relación a la desigualdad ya que compara dos deciles y dos grupos de edad (o cohortes) lo que de por sí disminuye la confianza de la estimación y, además, capta un evento improbable en el caso del decil superior.

Gráfico 8
Chile: porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad que tuvieron su primer hijo antes de cumplir 20 años, según cohorte y deciles socioeconómicos seleccionados. 2011 y 2013^a



Fuente: Procesamiento CASEN.
^a En el eje X del gráfico se presenta la información sobre el período en que el grupo de edad pasó por la adolescencia (es decir tuvo entre 15 y 19 años) y el punto medio de ese período.

V. Estado y políticas públicas para la prevención del embarazo adolescente en Chile

A. Chile en el marco internacional del embarazo adolescente

El Estado de Chile, por medio de la suscripción de distintos acuerdos y convenciones, ha ido adquiriendo compromisos internacionales relacionados con el embarazo adolescente. A nivel global se encuentra la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención de los Derechos del Niño, ambos instrumentos que se relacionan indirectamente con el embarazo adolescente, pero otorgan un marco de acción en cuanto al cuidado de la salud de los y las adolescentes. Sumado a los anteriores, y también a nivel global, están el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (PA-CIPD, El Cairo, 1994), los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, todos ellos con planteamientos específicos sobre la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

A nivel regional, es posible identificar instrumentos con relación directa con la prevención del embarazo adolescente, destacando el, la Declaración Ministerial Prevenir con Educación, el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

La CEDAW, que Chile firma en 1980 y ratifica en 1989 (OHCHR, s/f), posee tres artículos vinculados indirectamente con el embarazo adolescente a través del ejercicio de los derechos de las mujeres, otorgando un marco de referencia en el actuar gubernamental. El artículo 3 que establece que los Estados deben tomar todas las medidas para el pleno desarrollo y adelanto de la mujer; el artículo 5 insta a los Estados a garantizar que la educación familiar “incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos” (Naciones Unidas, 2015b), siendo primordial el desarrollo de estos últimos; y finalmente, el Artículo 12 que establece la adquisición de medidas que eliminen la discriminación de la mujer en la atención médica, incluyendo la planificación familiar.

En 1990, Chile firma y ratifica la Convención de los Derechos del Niño (OHCHR, s/f). Esta Convención, al igual que la anterior tiene una relación indirecta con el embarazo adolescente, dado que tiene como eje central el interés superior del niño; con todo en su artículo 24 insta a los Estados a

reconocer el derecho de los niños a disfrutar del nivel más alto posible de salud, incluyendo la atención y prestación de servicios, y “desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia” (UNICEF, 2006, pág. 19).

Posteriormente, en 1994, la comunidad internacional adopta el Programa de Acción de la CIPD, que destaca por el énfasis que se pone en las relaciones entre población y desarrollo, siendo las necesidades de la población el eje de las medidas que lo componen, surgiendo así el embarazo adolescente como un elemento relevante dentro de esta relación. En el caso del PA-CIPD, los y las adolescentes se abordan en los capítulos: i) IGUALDAD Y EQUIDAD ENTRE LOS SEXOS Y HABILITACIÓN DE LA MUJER dentro de la sección denominada “La niña”; ii) CRECIMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN, en el marco de la sección sobre “Los niños y los jóvenes”; y iii) DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA, sin duda el más resonante del PA-CIPD por sus definiciones y directrices sobre los derechos reproductivos y su ejercicio, y sobre la salud sexual y reproductiva y su acceso universal. Este capítulo contiene la sección “Los adolescentes”, en el cual se reconocen los efectos negativos del embarazo a temprana edad en el desarrollo de los adolescentes, se relevan las especificidades de los y las adolescentes, y se establece la necesidad de los países de asegurar a los adolescentes el acceso a servicios, educación e información sobre salud sexual y reproductiva, instando, además, a la eliminación de los obstáculos que lo dificulte y al respeto por la confidencialidad (Naciones Unidas, 1995).

En el año 2000 se aprueba la Declaración del Milenio, de la cual derivan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Naciones Unidas, 2000). Si bien originalmente estos no incluyeron los temas de salud sexual y reproductiva, luego, en la revisión de 2005 de los ODM, se decidió incluir nuevas metas, entre ellas una, la 5.B⁸, relacionada con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, entre cuyos indicadores se incluye la fecundidad adolescente porque “El progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres adolescentes en situación de riesgo” (Naciones Unidas, 2015,b). Más recientemente, en 2015, se adoptó la Agenda para el Desarrollo Sostenible, con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los cuales se incluye la meta 3.7 “De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”, dentro del Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>). Entre los indicadores de esta meta están el 3.7.2 “*Adolescent birth rate (aged 10-14 years; aged 15-19 years) per 1,000 women in that age group*” y otros que apuntan al ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso a la salud sexual y reproductiva por parte de adolescentes, como el 3.7.1. en su desagregación por edad “*Proportion of women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods*”.

A nivel regional, los instrumentos que se han adoptado tienen un vínculo incluso más directo con la prevención del embarazo adolescente. En el año 2007 se aprueba el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA). Este Plan considera que, el embarazo adolescente tiene relaciones bidireccionales con la pobreza y la desigualdad presente en la región, por lo que su objetivo es fortalecer las acciones preventivas que realicen los países, fortaleciendo la capacidad institucional y el intercambio de buenas prácticas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.

Un año después se aprueba la Declaración Ministerial Prevenir con Educación, que contempla dentro de sus objetivos la ampliación de la cobertura de educación sexual integral en las escuelas públicas de la región⁹. Y la sociedad civil implementó una plataforma para evaluar su cumplimiento (<http://www.prevenirconeducacion.org/index.php/declaracion-ministerial>). Sus resultados sugieren avances generales y formales en varios países, pero no hay medición del progreso real en materia de aumento de

⁸ Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

⁹ Para 2015, reducir en un 75% la brecha en el número de escuelas públicas que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, y en reducir 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que carecen de cobertura de salud para atender sus necesidades en cuanto a salud sexual y reproductiva.

conocimiento sobre sexualidad, empoderamiento para las decisiones en la materia y prevención de conductas de riesgo gracias a este mayor conocimiento y empoderamiento por parte de los adolescentes.

Finalmente, hay que destacar al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD) de 2013 y la Guía Operacional para su implementación (CEPAL, 2015b). Este acuerdo se enmarca en la discusión sobre la continuación de la implementación del Programa de Acción de la CIPD después de 2014 en América Latina, y de hecho constituye la proyección de esa implementación en la región, incorporando temas de población y desarrollo regionales emergentes, siendo uno de estos los niveles y la desigualdad del embarazo adolescente en la región. Los y las adolescentes se abordan como grupo específico en el capítulo B DERECHOS, NECESIDADES, RESPONSABILIDADES Y DEMANDAS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES y de forma transversal en varios otros capítulos. El capítulo B consta de 11 medidas prioritarias (MP 7 a MP 17). Cinco medidas prioritarias (MP 11 a MP 15) se refieren a los temas de sexualidad y reproducción, con énfasis en garantizar la educación integral para la sexualidad (MP 11); asegurar el acceso a la salud sexual y la salud reproductiva, incluidos la anticoncepción y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (MP 12); evitar la deserción escolar por embarazo en adolescentes (MP 13); prevenir el embarazo en la adolescencia y el aborto inseguro (MP 14), y prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia (MP 15). Estas medidas están estrechamente vinculadas con las del capítulo D, sobre acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, de hecho algunas de las líneas de acción, metas e indicadores propuestos en la Guía Operacional son compartidos entre ambos capítulos. De las otras medidas prioritarias, una es genérica y se refiere al conjunto de condiciones de vida y oportunidades del grupo de referencia (MP 7), otra se refiere a garantizar la participación en decisiones y políticas (MP 8), una siguiente a asegurar la inversión en la juventud con énfasis en la educación (MP 9), otra a fortalecer la inserción productiva y la promoción del trabajo decente (MP 10), hay una que se refiere a prevenir la violencia, promover la convivencia pacífica y asegurar el acceso a la justicia (MP 16) y por último, una que tiene que ver con la disponibilidad y calidad de datos (MP 17). En síntesis, el CMPD da prioridad a la prevención del embarazo en la adolescencia y promueve la implementación de programas sexuales y reproductivos integrales, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva amigables, y garantizando el acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluidos la anticoncepción de emergencia sin receta y el uso de condones masculinos y femeninos, respetando el derecho a la confidencialidad y privacidad (CELADE, 2013).

Este contexto de evidentes avances en materia de visibilidad y priorización internacional del embarazo en la adolescencia y su prevención, todavía no se traduce en acciones significativa y exitosas en muchos países de la región, lo que se refleja en las cifras y tendencias que se exponen a continuación, mismas que revelan la necesidad de perseverar y profundizar en los esfuerzos de prevención con un enfoque multidisciplinario y basado en los enfoques de derechos, de igualdad social y de género, de determinantes sociales, y de acceso universal a servicios sensibles a las especificidades de los y las adolescentes.

B. Políticas y normas para la prevención del embarazo adolescente

En lo que ha transcurrido del siglo XXI, la prevención del embarazo adolescente en Chile ha sido abordada por distintas políticas y normas. A comienzos de 2000, la prevención del embarazo adolescente se incorpora en los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, estableciendo la necesidad de la promoción de conductas sexuales seguras para evitar el contagio del VIH/SIDA y el embarazo adolescente (Chile, Ministerio de Salud, 2002). Para lo anterior se establece como objetivo la reducción en un 30% del embarazo adolescente, para lo cual se debía reducir la tasa específica de fecundidad a 46 hijos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años, promover el retraso de la edad de la iniciación sexual y aumentar a 50% el uso del condón, por lo menos. Además, estos objetivos buscan reducir la desigualdad en el acceso a la salud, especialmente de los grupos más vulnerables, disminuyendo la brecha entre el primer y el quinto quintil en un 10%.

En el año 2006 se presentan las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, que consideran las particularidades de los adolescentes en la entrega de servicios de anticoncepción

incorporando el enfoque de género y considerando especialmente a las adolescentes con menos recursos para asegurar su acceso a métodos anticonceptivos (Chile, Ministerio de Salud, 2006). Estas normas estipulan que la edad ni las condiciones de salud son una limitante para el uso de anticonceptivos¹⁰ y destacan el principio de confidencialidad como fundamental en la sexualidad humana, la que además esta resguardada por el Código Penal, el Código Procesal Penal chileno y la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Chile, Ministerio de Salud, 2006).

En el año 2008 se lanzó la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes 2008-2015. Esta política tiene como fundamento el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, incluyéndolos como parte esencial de la salud y la educación, donde su propósito último es contribuir al máximo estado de bienestar bio-psicosocial de los adolescentes (Chile, Ministerio de Salud, 2008). El mismo año se crea el programa Espacios Amigables para la población entre 10 y 19 años, el que se enfoca principalmente en la atención de la salud sexual y reproductiva, en el marco del respeto a la privacidad, atención amigable y por parte de personal capacitado (Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2014). Cabe destacar que este programa no es universal, ya que sólo se ha aplicado en comunas con altas tasas de embarazo adolescente.

Posteriormente, en el año 2010 se promulga la Ley 20.418 que “fija las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”. Esta ley establece el derecho a la educación e información y confidencialidad, siendo la prevención del embarazo adolescente uno de los principales propósitos (Chile, Ministerio de Salud, 2010). Además, establece la libertad para la elección de los métodos de regulación de la fertilidad y la responsabilidad del Estado de poner a disposición los métodos anticonceptivos para la población (Chile, Ministerio de Salud, 2010). La única excepción en cuanto a la confidencialidad es la entrega de la anticoncepción de emergencia, que al ser solicitada por menores de 14 años, se requiere de la posterior información a los padres o responsable de la menor.

En el mismo año, en el marco del PLANEA, se crea el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. Este consejo busca recoger las perspectivas de adolescentes y jóvenes en cuanto a salud sexual y reproductiva con el fin de asesorar a las autoridades que tomen decisiones de políticas públicas al respecto. A partir de lo anterior, se crean Consejos Consultivos Regionales que se reúnen periódicamente a nivel nacional desde donde se han desarrollado planes de trabajo regionales y nacionales, además de constituirse como un espacio de reunión de opiniones y de validación de planes y programas enfocados a la salud sexual y reproductiva.

Posteriormente, en el año 2012 se crea el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes - Plan de Acción 2012-2020. Este plan ha priorizado entre sus metas el aumento de la conducta sexual segura, aumentando el uso del condón en un 20%; la promoción de estrategias preventivas para reducir la fecundidad en menores de 19 años, incluyendo programas que promuevan el aumento de consejerías en salud sexual y reproductiva y del acceso de métodos de regulación de la fecundidad (Chile, Ministerio de Salud, 2012).

Finalmente, en el año 2015 se fusionan los Programas Espacios Amigables para Adolescentes y Control Joven Sano, con el fin de fortalecer estos espacios, aumentar las horas profesionales e incorporar acciones preventivas en los establecimientos educacionales. Desde esta nueva perspectiva, los Espacios Amigables buscan mejorar el acceso a la atención integral y oferta de servicios a los adolescentes entre 10 y 19 años. En cuanto al tema específico de la fecundidad adolescente, junto a la promoción en salud por medio de distintas instancias, en particular los establecimientos de salud pero también los educacionales. En el caso de los establecimientos de salud, se procura que estos estén en condiciones de identificar factores de riesgo y promover conductas protectoras para el crecimiento biopsicosocial saludable y asegurar la atención espontánea y programada de salud sexual y reproductiva, ya sea por medio de consejerías como consultas de anticoncepción de emergencia y de regulación de la fertilidad.

¹⁰ Excepto el uso de progestágeno inyectable en menores de 18 años y de DIU en menores de 20 años.

Respecto de la educación sexual, un balance reciente de la Corporación MILES (Dides y Fernández, 2016) revisa la experiencia de los últimos años y advierte algunos avances importantes: “*El desarrollo de distintos planes e iniciativas, tales como las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (1996-2000), el Programa de Sexualidad Responsable (2001-2004), el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad (2006-2010) y el Portafolio de Programas de Educación Sexual (2011) han permitido visibilizar este tema, favoreciendo dimensionar el interés por parte de los estudiantes en recibir información. Estas políticas públicas buscaron generar estrategias de trabajo con docentes desde una perspectiva de empatía, respeto, que fuera más allá de la entrega de contenidos, a la vez que dar cabida a distintas miradas valóricas en torno al tema, mostrando que el Estado reconoce la relevancia de abordar la sexualidad y afectividad dentro de los establecimientos educacionales*”. Sin embargo su conclusión general es más bien crítica (y en general compartida por los especialistas): “*todavía no se ha logrado generar una política de Educación Sexual con un mínimo de contenidos transversales obligatorios para los distintos establecimientos que sean relevantes para las y los estudiantes. Tampoco ha sido posible aún idear una estrategia que integre a docentes, paradocentes, madres-padres y apoderados, estudiantes, profesionales de la salud por lo que el desarrollo de estos temas sigue dependiendo principalmente de factores locales, como la orientación ético-valórica del municipio o sostenedor a cargo, la importancia que le otorgue cada establecimiento al tema, el número de funcionarios dispuestos a implementar algún tipo de intervención, la existencia de capacitación entre los profesionales del establecimiento y la orientación de la misma, entre otros factores. Aún más no existen directrices para políticas de educación sexual en la educación superior*” (Dides y Fernández, 2016, pág. 36).

VI. Discusión

A partir de la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño, y de la aprobación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de la Declaración del Milenio, de la Agenda para el Desarrollo Sostenible, del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, Chile adquirió compromisos con la comunidad internacional que, entre otros aspectos, se refieren a la promoción del desarrollo de niños, niñas y adolescentes y consecuentemente con la prevención del embarazo adolescente.

Una muestra de estos compromisos adquiridos se ha podido ver reflejada en las políticas y normas que se han creado a nivel nacional, aunque el país aún adolece de una política integral y específica para la prevención del embarazo adolescente. Pese a lo anterior, se han creado distintas iniciativas como la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes 2008-2015, la Ley 20.418, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Plan de Acción 2012-2020), entre otras mencionadas en este documento, siendo especialmente relevante la creación del Programa Espacios Amigables para Adolescentes, que se ha ido expandiendo tanto en contenidos como en cobertura.

Las distintas iniciativas implementadas probablemente han influido en la trayectoria descendente de la fecundidad y la maternidad adolescente en los últimos 15 años. Sin embargo, este descenso ha sido más bien gradual, no ha estado exento de rebotes, ha sido inferior al descenso de la fecundidad total y no ha logrado llevar la tasa hasta niveles bajos, dado que aún es cuatro veces la de países como España. Es evidente, entonces, que las políticas y programas tienen aún un enorme desafío y que enfrentarlo supone un conocimiento detallado, actualizado y sólido de los diferentes tipos de determinantes que inciden en la fecundidad adolescente.

En este trabajo se ha puesto el énfasis en los determinantes próximos y en algunos de los determinantes sociales clave del denominado enfoque ecológico.

En cuanto a la iniciación sexual, ha aumentado la proporción de adolescentes entre 15 y 19 años iniciadas sexualmente, destacando especialmente el aumento de la proporción en adolescentes de entre 15 y 17 años. Desde luego, esto entraña un aumento en la exposición al riesgo de embarazo, el que ciertamente puede atenuarse o anularse con otra variable intermedia, como es el uso de anticonceptivos. Cualquiera sea el caso, el adelanto de la iniciación sexual parece un proceso difícil de enfrentar, entre

otras cosas porque se ha dado masivamente en el mundo occidental y en América Latina no hay experiencias documentadas de políticas exitosas de abstinencia sexual entre adolescentes o de retraso de la iniciación sexual. Aun así, las intervenciones en esta materia parecen necesarias para desincentivar y prevenir iniciaciones precoces, descuidadas, displicentes, presionadas, traumáticas o simplemente debidas a la falta de habilidades y confianza para decir que no. En este sentido, el masivo enrolamiento escolar de las cohortes actuales ofrece un potencial, por cuanto a través de la escuela se puede llegar prácticamente a todos los adolescentes y la escuela es en sí una institución que puede contribuir de manera decisiva a reducir los comportamientos de riesgo, sea de forma directa, por ejemplo mediante la educación sexual integral, el empoderamiento y el aumento de habilidades negociadoras, o sea de forma indirecta, por ejemplo, mediante el uso del tiempo y el mejoramiento de las expectativas sobre el futuro y la conveniencia de evitar el embarazo para materializarlos. De hecho, la escolaridad aparece como un factor asociado tanto a la postergación de la iniciación sexual y de la unión, como a un mayor uso de iniciación sexual protegida.

Desde esta perspectiva, el componente relacionado con los establecimientos educacionales del Programa Espacios Amigables para Adolescentes, por medio del Control de Salud Joven Sano, que identifica y promueve conductas protectoras, y la consejería en salud sexual y reproductiva, específicamente en lo que respecta a regulación de la fertilidad, surge como elemento clave en la iniciación de la vida sexual de los adolescentes.

Una línea a seguir es, entonces, aprovechar la escuela como instancia para la prevención de conductas de riesgo y la promoción de conductas protegidas, en particular el uso eficiente y oportuno de la anticoncepción y las capacidades de negociación (incluyendo la de negación) con las parejas. Por su parte, las zonas de residencia urbana y rural siguen mostrando diferencias en relación a la exposición al riesgo al embarazo adolescente, aunque los factores de riesgo se distribuyen de distinta manera. Lo anterior se puede deber a que estas zonas poseen normas, costumbres y condiciones de vida distintas, forjando así expectativas de futuro diversas entre los adolescentes. En las zonas urbanas se encuentra una mayor proporción de iniciados sexualmente, mientras que en las rurales se ha registrado una disminución de adolescentes iniciadas sexualmente. Por otro lado, es en las zonas rurales donde se presenta un mayor porcentaje de unión entre los jóvenes de 18 y 19 años. Si bien en ambos casos las adolescentes se encuentran expuestas al riesgo de embarazo, los desafíos en términos de políticas públicas difieren, porque las acciones para desincentivar las uniones tempranas o evitar los embarazos dentro de uniones tempranas están más próximas a los tradicionales programas de planificación familiar, mientras que las acciones para prevenir el embarazo de adolescentes no unidas se vinculan casi exclusivamente con los programas de salud sexual y reproductiva. Con todo, incluso en las zonas rurales la actividad sexual en la adolescencia es mayoritariamente previa a la unión, con lo cual en todos los territorios los programas de salud sexual y reproductiva son prioritarios.

Finalmente, el nivel socioeconómico aparece como relevante en cuanto al embarazo adolescente, dado que a menor nivel socioeconómico aumentan las chances de ser madre. Las distintas variables intermedias presentan importantes diferencias con respecto a esta variable. Los estratos más altos tienen un porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente que se ha mantenido prácticamente estable, mientras que el estrato más bajo ha ido creciendo, lo que ha aumentado la brecha entre estos. Así mismo, las brechas en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual también han ido aumentando, ya que el porcentaje de uso creció en los estratos más altos y en los más bajos se ha mantenido prácticamente igual. Sobre el caso de los adolescentes alguna vez unidos y el uso de anticonceptivos en la última relación sexual, no presentan importantes diferencias entre estratos sociales. A partir de lo anterior es que se evidencia que los adolescentes de estratos más bajos debiesen ser considerados como un grupo prioritario en el diseño de políticas para la prevención del embarazo adolescente, incorporando sus especificidades y disminuyendo especialmente las brechas de acceso a la salud sexual y reproductiva.

Así las cosas, las políticas de prevención del embarazo adolescente en Chile requieren no sólo líneas generales para su implementación, sino que también se hace necesario una diferenciación según las características de los adolescentes, dando prioridad a los grupos que presentan mayores índices de fecundidad y mayores barreras de acceso a la anticoncepción. Esta focalización para que resulte de manera exitosa, requiere de la indagación profunda de cómo los entornos de estos adolescentes están

influyendo en su vida sexual y reproductiva, por lo que el enfoque de marco ecológico entrega una posibilidad de análisis que podría ayudar a identificar elementos para planificar estrategias claves y eficientes de intervención, que promuevan principalmente el acceso a información y atención en salud de manera equitativa entre los adolescentes, especialmente en lo referido a regulación de la fertilidad.

Parte de estos desafíos han sido recogidos recientemente en el balance sobre la materia publicado por la Corporación MILES, en el cual se subrayan aspectos adicionales como los relativos al aborto, a la acción intersectorial y a la necesidad de más investigación especializada (Dides y Fernández, 2016, págs. 61-62).

VII. Conclusiones

Las tasas de fecundidad adolescente en Chile han disminuido durante los últimos veinte años, pero pese a esto y dado el impacto que la maternidad y paternidad tiene en el desarrollo de los adolescentes, así como en sus proyectos y posibilidades de vida, la prevención del embarazo sigue siendo una prioridad para el país.

El Estado ha mostrado interés en la prevención del embarazo adolescente por medio de los compromisos internacionales que ha adquirido y con los distintos programas, normas, políticas y leyes que ha creado. Estos se han enfocado en el aumento del uso de anticonceptivos y en la disminución de las conductas riesgosas, ámbitos en los que se han visto avances importantes, pero al ser estrategias generales no han habido enfoques lo suficientemente específicos en sectores claves de la sociedad que se encuentran más vulnerables al embarazo adolescente, como los adolescentes pertenecientes a los niveles socioeconómicos más bajos, aquellos que se encuentran sin estudiar y los que residen en zonas rurales. Así mismo, un elemento clave en el que no se han detenido estas normativas es el uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual, elemento que marca la conducta preventiva en el futuro de los adolescentes. Más aún, hay signos de un aumento del uso de anticonceptivos, incluso desde la primera unión, con un efecto más bien moderado sobre la fecundidad adolescente (Binstock, 2016; Rodríguez Vignoli, 2016) lo que reitera las especificidades de este grupo y la pertinencia de una mayor habilitación y empoderamiento para su uso (Robledo, 2014; Reed y otros, 2014; Juárez y otros, 2010; Bearinger y otros 2007; Breinbauer y Maddaleno, 2005), así como la necesidad de ampliar el espectro de opciones anticonceptivas con métodos más adecuados y eficientes para esta edad.

Por lo anterior es que urgen políticas y programas específicos para la prevención del embarazo adolescente, con estrategias focalizadas según el comportamiento de las variables intermedias y los distintos grupos prioritarios, puesto que estos entornos inciden directamente en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes.

Dada la importancia que la asistencia a algún establecimiento educacional tiene, tanto para la postergación de la iniciación sexual como para el uso de anticonceptivo en la primera relación sexual, es que se plantea la escuela como un elemento clave del entorno para promover conductas protectoras frente al embarazo adolescente, pero también surge el desafío de que estas conductas que se observan en la iniciación sexual se prolonguen.

La zona de residencia sigue mostrando patrones divergentes, lo que plantea otro tipo de desafíos a las políticas de prevención del embarazo. En el caso de las zonas urbanas la iniciación sexual de los adolescentes se enfrenta al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, por lo que las estrategias debiesen enfocarse al uso de anticoncepción y a la información. En tanto las zonas rurales puede que tengan un componente más estructural, ya que la unión en la adolescencia aún sigue siendo una factor de riesgo relevante.

Finalmente, resulta de especial importancia el estrato socioeconómico donde el desafío de las políticas de prevención de embarazo adolescente, debiesen apuntar a equiparar las condiciones de acceso a la salud sexual y reproductiva, especialmente por medio de la entrega de información y acceso a anticoncepción.

Bibliografía

- Ali, M. M., y Cleland, J. (2005), “Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15–24 in eight Latin American countries: a comparative analysis”, *Social Science & Medicine*, vol. 60 (6), págs. 1.175–1.185, Elsevier.
- Ali, M. M., Cleland, J., y Shah, I. H. (2003), “Trends in reproductive behavior among young single women in Colombia and Peru: 1985-1999”, *Demography*, N° 40 (4), 659–673.
- Azevedo J. P. y otros (2012), *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement*, Washington D. C., World Bank.
- Barker, G., y Greene, M. E. (2011), “¿Qué tienen que ver los hombres con esto?: Reflexiones sobre la inclusión de los hombres y las masculinidades en las políticas públicas para promover la equidad de género”, *Masculinidades y políticas públicas: involucrando hombres en la equidad de género*, Aguayo F. y Sadler, M. (eds.), Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- Baumle, A. K. (ed.) (2013), *International Handbook on the Demography of Sexuality*, Dordrecht, Springer.
- Bearinger, L. H. y otros (2007), “Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential” [en línea], Perth, [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60367-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5) [noviembre de 2016].
- Billari, F. y A. Liefbroer (2010), “Towards a new pattern of transition to adulthood?” [en línea], <http://fulltext.study/preview/pdf/312961.pdf> [noviembre de 2016].
- Binstock, G. (2016), *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común*, Buenos Aires, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Blanc, A. K. (2001), “The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence”, *Studies in Family Planning*, vol. 32(3), New York, Population Council.
- Blum, R. W. y otros (2012), “Adolescent health in the 21st century” [en línea], *The Lancet* [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60407-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60407-3) [noviembre de 2016].
- Bongaarts, J. (2015), “Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up”, [en línea], Max Planck Institute for Demographic Research <http://doi.org/10.4054/DemRes.2015.33.19> [noviembre de 2016].
- _____. (1978), “A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility”, *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.
- Bozon, M., Gayet, C., y Barrientos, J. (2009), “A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior” [en línea], *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 51 (Supplement 1), Philadelphia <http://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181a2652f>

- Bozón, M. (2003), “À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes”, *Population et sociétés*, N° 391, Paris, Juin.
- _____. (2001), “Sexuality, gender, and the couple: a sociohistorical perspective”, *Annual Review of Sex Research*, vol. 12, Society for the Scientific Study of Sexuality.
- Bozon, M., y Leridon, H. (1993), *Sexualité et sciences sociales: les apports d'une enquête*, Paris, Institut national d'études démographiques.
- Breinbauer, C., y Maddaleno H., M. H. (2005), *Youth: choices and change ; promoting healthy behaviors in adolescents*, Washington D.C., Pan American Health Organization (PAHO).
- Caro Luján, N. (2014), *La decisión sexual: comportamiento sexual y reproductivo de mujeres jóvenes en la ciudad de México, Zinacantepec*, El Colegio Mexiquense, A.C.
- Castle, S. y I. Askew (2015), “Contraceptive discontinuation: reasons, challenges, and solutions” [en línea], Population Council http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2015/12/FP2020_ContraceptiveDiscontinuation_SinglePage_Final_12.08.15.pdf Population Council
- Castells, P., y Silber, T. J. (2003), *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*, Barcelona, Planeta.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2013), *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*, (LC/L.3697), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, septiembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016), *Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible*, (LC/G.2660/ Rev.1), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, julio.
- _____. (2015), “Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo” (LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1), documento de trabajo de la Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Ciudad de México, 6 al 9 de octubre, [en línea] http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf
- _____. (2014), *Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible*, (LC/G.2586(SES.35/3)), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, abril.
- _____. (2013), *Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development in Latin America and the Caribbean Review of the period 2009-2013 and lessons learned. Summary and overview*, (LC/L.3640(CRPD.1/3)), Santiago de Chile, July.
- Céspedes, C., y Robles, C. (2016.), *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad*, (LC/L.4173), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, junio.
- Cherry, A. L., y Dillon, M. E. (2014), *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*, New York, Springer.
- Chile, Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2015), *Anuario de Estadísticas Vitales 2014*, Santiago de Chile.
- Chile, Ministerio de Desarrollo Social (2014), “Informe de Seguimiento de Programas Sociales” [en línea], http://www.programassociales.cl/pdf/2015/PRG2015_3_59205.pdf
- Chile, Ministerio de Salud (MINSAL) (2012), “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020” [en línea], <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
- _____. (2011), “Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile” [en línea], <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>
- _____. (2010), “Ley 20.418. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”, Congreso Nacional de Chile, 28 de enero de 2010.
- _____. (2008), “Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes” [en línea], Ministerio de Salud 2008-2015 http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Salud%20de%20Adolescentes%20y%20J%C3%B3venes%202008%20-%202015%20Chile_0.pdf
- _____. (2006), “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad” [en línea], <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf>
- _____. (2002), “Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010” [en línea], http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Chile_2000-2010.pdf
- Climent, G. (2009), “Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron”, *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, vol. 3, N° 29, Guadalajara, julio Universidad de Guadalajara.

- Currie, C. y otros (eds.) (2012), Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey [en línea], Copenhagen, World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, N° 6), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Di Cesare, M. (2015), “Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas”, *serie Documentos de Proyectos (LC/W.660)*, Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Di Cesare, M. y Rodríguez V., J. (2006), “Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia”, *Papeles de Población*, vol. 12, N° 48, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Dides, C. y C. Fernández (ed.) (2016), Primer Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Estado de la situación 2016, Santiago de Chile, Corporación MILES.
- Furstenberg, F. (2003), “Teenage Childbearing as a Public Issue and Private Concern”, *Annual Review of Sociology*, vol. 29, Philadelphia, August.
- _____ (1998), “When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries”, *Studies in Family Planning*, N° 29, New York, Population Council.
- Lloyd, C. (ed.) (2005), *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, National Academies Press.
- Makar, A. B. y otros (1975), “Formate assay in body fluids: application in methanol poisoning”, *Biochemical Medicine*, vol 13(2), July. Elsevier.
- Menkes C. y L. Suárez (2013), “El embarazo de los adolescentes en México: ¿es deseado?” [en línea], Coyuntura Demográfica de la Sociedad Mexicana de Demografía <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/numero4/#/20/> [noviembre de 2016].
- Montgomery, M. J. (2005), “Psychosocial Intimacy and Identity: From Early Adolescence to Emerging Adulthood”, *Journal of Adolescent Research*, vol. 20, N° 3. Sage Publications.
- Naciones Unidas (2015a), “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)” [en línea], Naciones Unidas <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm> [noviembre de 2016].
- _____ (2015b), “Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015” [en línea], Naciones Unidas <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml> [23 de diciembre de 2015].
- _____ (2000), “Resolución 55.2. Declaración del Milenio” (A/RES/55/2), aprobada por la Asamblea General en su quincuagésimo quinto período de sesiones, Nueva York.
- _____ (1995), “Programa de Acción”, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13), Nueva York.
- OHCHR (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) (s/f), “Status of Ratification Interactive Dashboard” [base de datos en línea], OHCHR, <http://indicators.ohchr.org/>
- Pantelides, E. (2004), “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina”, *Notas de Población*, N° 31(LC/G.2229-P), Santiago, Comisión para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Patton, G. C. and Viner, R. (2007), “Pubertal transitions in health” [en línea], *The Lancet* [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60366-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60366-3) [noviembre de 2016].
- Perú, Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2011), *Plan Multisectorial para la prevención del embarazo adolescente 2012-2021*, MINSA.
- Reed, J., P. y otros (2014), “Consistent and Inconsistent Contraception Among Young Women: Insights from Qualitative Interviews” [en línea], *Family Relations* 63 <https://sociology.stanford.edu/sites/default/files/publications/publishedpaper2014fr.pdf> [noviembre de 2016].
- Rendall, M. y otros (2009), “Universal versus economically polarized change in age at first birth: a French-British comparison”, *Population and Development Review*, vol. 35(1), New York, The Population Council, pp. 89-115.
- Reyes, D. y E. González (2014), “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente”, *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, N° 17, Río de Janeiro, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos.
- Robledo, Paz (2014), “Salud sexual y reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería”, apuntes de clase, Lección 1: Adolescencia y Juventud, Santiago, mimeo.

- Rodríguez Vignoli, J. (2016), “Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean/La fécondité des adolescentes en Amérique latine et dans les Antilles” [en línea], N-IUSSP, <http://www.niussp.org/2016/05/09/adolescent-fertility-in-latin-america-and-the-caribbeanla-fecondite-des-adolescentes-en-amerique-latine-et-dans-les-antilles/?print=pdf> [noviembre de 2016].
- _____. (2014a), “La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010”, *serie Documentos de Proyectos* (LC/W.605), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____. (2014b), “Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización”, *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, Suzana Cavenaghi y Wanda Cabella (comps.), Río de Janeiro, ALAP, Serie e-Investigaciones N° 3.
- _____. (2013), “Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos”, *serie Población y Desarrollo*, N° 107 (LC/L.3636), Santiago, Comisión para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____. (2009), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Madrid, Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).
- Rodríguez, J., y Robledo, P. (2011), “Desigualdades y convergencias sociales en materia sexual y reproductiva entre adolescentes en Chile: Novedades de la Encuesta Nacional de Juventud 2009”, *Revista Chilena de Salud Pública*, N° 15(3), 129–200, Santiago, Universidad de Chile.
- Rodríguez Vignoli, J. y Di Cesare, M. C. (2010), “Reproducción adolescente y desigualdades en Chile: tendencias, determinantes y opciones de política”, *Revista de Sociología*, N° 23, Santiago, Universidad de Chile.
- Saletti, L. (2008), “Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad” [en línea], Clepsidra, 7 <http://www.bdigital.unal.edu.co/50631/1/elconceptodematernidad.pdf> [noviembre de 2016].
- Santelli, J. S., Sharma, V. y Viner, R. (2013), “Inequality, National Wealth, Economic Development and Global Trends in Teenage Birth Rates, 1990-2010”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, Issue 2, Supplement 1, Illinois, February. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Shepard B. (2000), “The “double discourse” on sexual and reproductive rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions” [en línea], Health and Human Rights <http://www.jstor.org/stable/4065198> [noviembre de 2016].
- Spear, L. P. (2013), “Adolescent Neurodevelopment”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, Issue 2, Illinois, February. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Steinberg, L., y Sheffield Morris, A. (2001), “Adolescent development: understanding adolescent development in context” [en línea], Annual Review of Psychology, University of Colorado http://www.colorado.edu/ibs/jessor/psych7536-805/readings/steinberg_morris-2001_83-110.pdf [noviembre de 2016].
- Stern, Claudio (1997), “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, *Salud Pública de México*, vol. 39, número 002, marzo, México, D.F. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Stover, J. (1998), “Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework: What Have We Learned in the past 20 Years?” [en línea], Studies in Family Planning, Population Council http://www.jstor.org/stable/172272?origin=crossref&seq=1#page_scan_tab_contents [noviembre de 2016].
- Svanemyr, J. y otros (2015), “Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Issue 1, Supplement, Illinois, January. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Szasz, I., S. Lerner y A. Amuchástegui (1996), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano
- Trucco, D. y H. Ullman (eds.) (2016), “Youth: realities and challenges for achieving development with equality”, *serie Libros de la CEPAL, Desarrollo Social*, N° 137 (LC/G.2647-P), Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2013), “Estado de la Población Mundial 2013” [en línea], <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf> [noviembre de 2016].
- _____. (2001), “Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe” [en línea], Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/diagnostico_adolescentes.pdf [noviembre de 2016].
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2011), “The State of the World’s Children 2011. Adolescence: an age of opportunity” [en línea], https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf [noviembre de 2016].
- _____. (2006), “Convención sobre los Derechos del Niño” [en línea], https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf [noviembre de 2016].

- Viner, R. M. y otros (2012), "Adolescence and the social determinants of health" [en línea], *The Lancet* [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4) [noviembre de 2016].
- Wellings K. y otros (2006), "Sexual behaviour in context: a global perspective", *Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, N° 2, London, The Lancet, november.
- WHO (World Health Organization) (2011), "The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda" [en línea], http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70569/1/WHO_RHR_11.11_eng.pdf [noviembre de 2016].
- Zelaya, E. Y., y García, J. R. C. (2011), "Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro, departamento de Intibucá" [en línea], *Población y Desarrollo-Argonautas y caminantes*, Universidad Nacional Autónoma de Honduras <http://www.lamjol.info/index.php/PDAC/article/view/691/513> [noviembre de 2016].
- Zimmer-Gembeck, M. J., y Helfand, M. (2008), "Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background", *Developmental Review*, vol. 28 N° 2, June.

Anexo

Cuadro A.1
Chile: condiciones socioeconómicas de los adolescentes de 15 a 19 años, según sexo. 2003-2012
(En porcentaje)

		2012			2009			2006			2003		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Edad	15-17	64,1	60,9	62,5	66,1	62,3	64,2	65,2	64,0	64,6	61,9	60,2	61,1
	18-19	35,9	39,1	37,5	33,9	37,7	35,8	34,8	36,0	35,4	38,1	39,8	38,9
Área	Urbano	85,9	87,2	86,5	86,0	86,6	86,3	86,2	86,9	86,6	86,3	87,9	87,1
	Rural	14,1	12,8	13,5	14,0	13,4	13,7	13,8	13,1	13,4	13,7	12,1	12,9
Se encuentra estudiando	No	14,7	23,4	19,0	19,7	20,6	20,1	21,2	21,8	21,5	21,5	27,9	24,6
	Sí	85,3	76,6	81,0	80,3	79,4	79,9	78,8	78,2	78,5	78,5	72,1	75,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas Nacionales de Juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

Cuadro A.2
Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, según sexo y características específicas. 2003-2012
(En porcentaje)

		2012			2009			2006			2003		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Edad	15-17	41,6	37,4	39,6	37,6	34,0	35,9	29,9	23,0	26,5	28,0	23,0	25,6
	18-19	76,8	66,8	71,6	73,6	68,0	70,7	70,4	56,8	63,5	69,6	55,3	62,4
Área	Urbano	56,1	49,2	52,7	49,8	47,3	48,6	44,3	35,4	39,9	45,1	34,4	39,8
	Rural	43,7	47,1	45,3	49,4	43,9	46,7	41,7	33,6	37,8	35,7	46,3	40,6
GSE	ABC1	39,6	37,8	38,8	46,1	43,2	44,5	38,5	25,3	31,9	51,0	23,2	38,7
	C2	48,5	45,4	47,3	48,8	44,7	46,9	43,3	35,5	39,6	27,7	37,7	32,5
	C3	62,8	43,5	53,7	50,7	45,8	48,4	46,1	33,1	39,8	45,2	31,2	38,1
	D	52,2	52,2	52,2	49,3	47,7	48,5	42,8	38,7	40,8	50,9	36,8	43,9
	E	61,5	69,1	66,2	54,8	53,0	53,8	47,2	38,1	42,5	34,7	44,7	39,7
Se encuentra estudiando	No	78,9	72,1	74,7	77,6	70,7	74,2	73,5	65,0	69,3	68,6	57,5	62,4
	Si	50,3	41,8	46,3	42,9	40,6	41,8	36,2	27,0	31,7	37,1	27,5	32,6
Total		54,3	48,9	51,7	49,7	46,8	48,3	44,1	35,2	39,7	43,9	35,9	39,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas Nacionales de Juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

Cuadro A.3
Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, alguna vez unidos, según sexo y características específicas. 2003-2012
(En porcentaje)

		2012			2009			2006			2003		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Edad	15-17	0,6	2,7	1,6	0,1	2,9	1,4	0,4	2,1	1,2	0,1	2,8	1,4
	18-19	4,1	10,3	7,3	3,3	8,3	5,9	2,1	8,0	5,1	2,1	9,1	5,7
Área	Urbano	1,3	5,5	3,4	1,1	4,7	2,9	1,2	4,2	2,7	0,9	4,6	2,7
	Rural	5,2	6,3	5,7	1,8	6,3	3,9	0,0	4,5	2,2	0,6	10,7	5,3
GSE ^a	ABC1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
	C2	0,0	2,6	1,0	1,1	3,0	2,0	0,4	3,4	1,8	0,9	1,8	1,3
	C3	3,6	4,2	3,9	0,3	4,3	2,2	0,8	2,6	1,7	0,8	2,9	1,9
	D	1,8	7,7	5,0	1,1	6,8	4,0	1,5	6,3	3,9	0,4	7,7	4,0
	E	0,0	10,0	6,1	3,8	8,1	6,0	1,7	7,2	4,6	2,6	8,2	5,4
Se encuentra estudiando	No	10,6	21,4	17,2	3,5	15,0	9,2	4,7	15,8	10,2	2,9	17,4	11,0
	Si	0,4	0,8	0,6	0,6	2,3	1,5	0,0	1,0	0,5	0,3	0,7	0,5
Total		1,9	5,6	3,7	1,2	4,9	3,0	1,0	4,2	2,6	0,9	5,3	3,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas Nacionales de Juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a Los porcentajes calculados en el nivel socioeconómico corresponden a 1 caso sin ponderar.

Cuadro A.4
Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, que usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, según sexo y características específicas^a. 2003-2009
(En porcentaje)

		2009			2006			2003		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Edad	15-17	60,9	57,3	59,3	57,7	49,3	54,1	47,3	34,5	41,7
	18-19	55,6	61,0	58,3	59,7	54,9	57,6	27,7	50,5	37,8
Área	Urbano	58,9	61,4	60,1	59,5	51,9	56,2	35,1	46,3	39,8
	Rural	54,1	45,1	50,0	53,9	56,7	55,1	39,1	33,5	36,1
GSE	ABC1	80,2	75,6	77,8	81,4	64,5	74,6	36,2	89,5	51,0
	C2	66,3	75,8	70,5	65,3	69,8	67,2	58,7	36,4	46,2
	C3	54,0	60,7	57,0	66,4	57,9	63,0	35,8	46,9	40,2
	D	54,4	50,9	52,6	46,7	46,1	46,4	33,3	41,5	36,7
	E	43,6	38,1	40,7	44,7	30,8	38,0	28,0	40,8	35,1
Se encuentra estudiando	No	53,6	49,1	51,4	49,9	43,9	47,1	22,0	41,3	31,7
	Si	60,3	64,0	62,0	63,6	58,2	61,3	42,5	46,6	44,1
Total		58,2	59,3	58,8	58,8	52,5	56,1	35,5	44,2	39,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas Nacionales de Juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a El uso de anticonceptivos incluye los métodos modernos y naturales. El porcentaje se calcula considerando sólo a los que respondieron sobre el uso de un anticonceptivo, excluyendo a los que no responden. No se hizo la diferenciación entre métodos modernos y naturales ya que la encuesta 2003 no lo permitía y el uso de métodos naturales en las encuestas 2006 y 2009 representan menos del 1%. La ENAJU del año 2012 no incluyó la pregunta sobre uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.

Cuadro A.5
Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, que usaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual, según sexo y características específicas^a. 2003-2012
(En porcentaje)

		2012			2009			2006			2003		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Edad	15-17	87,9	84,4	86,4	67,0	65,6	66,4	66,5	58,4	63,1	58,5	62,7	60,3
	18-19	89,3	88,4	88,9	70,9	73,4	72,2	66,4	76,9	71,1	48,1	66,2	56,2
Área	Urbano	89,1	85,7	87,5	69,1	71,0	70,0	68,6	69,6	69,0	52,4	69,8	59,9
	Rural	85,1	93,7	88,9	68,4	62,1	65,5	52,2	65,9	58,2	50,6	38,2	44,0
GSE	ABC1	93,3	92,0	92,7	89,7	63,8	76,5	92,6	91,5	92,1	96,3	97,7	96,6
	C2	92,1	92,0	92,1	72,0	74,9	73,3	73,9	80,4	76,7	63,6	74,2	69,5
	C3	92,4	82,8	88,9	72,7	71,7	72,2	73,2	63,9	69,5	59,0	70,5	63,8
	D	83,0	85,3	84,2	66,9	69,2	68,0	57,1	68,7	62,6	38,7	61,8	48,3
	E	78,1	94,7	90,1	50,0	60,9	55,6	41,3	56,9	48,6	41,5	52,1	47,5
Se encuentra estudiando	No	85,0	87,9	86,7	65,0	59,6	62,4	60,4	67,1	63,6	36,2	60,9	48,9
	Si	89,4	85,9	88,0	70,7	74,4	72,5	69,7	70,6	70,1	60,3	68,1	63,4
Total		88,6	86,6	87,7	69,0	69,8	69,4	66,5	69,2	67,7	52,2	64,9	57,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas Nacionales de Juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a El uso de anticonceptivos incluye los métodos modernos y naturales. El porcentaje se calcula considerando sólo a los que respondieron sobre el uso de un anticonceptivo, excluyendo a los que no responden.

Cuadro A.6
Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados sexualmente, que usaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual, según tipo de método anticonceptivo usado, sexo y características específicas^a. 2003-2012
(En porcentaje)

			2012			2009			2006			2003		
			Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Edad	15-17	Método Moderno	86,2	82,3	84,5	65,9	64,5	65,3	66,2	57,8	62,6	58,3	61,7	59,8
		Método Natural	1,7	2,1	1,9	1,1	1,0	1,1	0,3	0,5	0,4	0,2	1,0	0,5
	18-19	Método Moderno	84,7	87,2	85,8	69,0	73,0	71,0	66,1	76,3	70,7	47,7	65,6	55,7
		Método Natural	4,7	1,2	3,0	2,0	0,4	1,2	0,3	0,7	0,5	0,4	0,7	0,5
Área	Urbano	Método Moderno	85,9	84,1	85,1	67,4	70,2	68,7	68,4	69,1	68,7	52,0	69,3	59,5
		Método Natural	3,2	1,6	2,5	1,7	0,8	1,3	0,2	0,5	0,3	0,3	0,5	0,4
	Rural	Método Moderno	81,8	92,0	86,3	67,7	62,1	65,1	51,2	64,7	57,0	50,6	36,1	42,9
		Método Natural	3,3	1,7	2,6	0,7	0,0	0,4	1,0	1,2	1,1	0,0	2,1	1,1
GSE	ABC1	Método Moderno	90,9	92,0	91,4	89,7	63,8	76,5	92,6	91,5	92,1	96,3	97,7	96,6
		Método Natural	2,5	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	C2	Método Moderno	90,4	90,0	90,3	70,0	74,6	72,1	72,7	80,4	76,0	63,6	73,6	69,2
		Método Natural	1,7	1,9	1,8	2,0	0,3	1,3	1,2	0,0	0,7	0,0	0,6	0,3
	C3	Método Moderno	87,5	80,1	84,8	72,0	70,6	71,4	73,2	63,2	69,2	59,0	69,0	63,2
		Método Natural	4,9	2,7	4,1	0,7	1,1	0,8	0,0	0,8	0,3	0,0	1,6	0,7
	D	Método Moderno	80,4	83,9	82,3	65,5	68,0	66,8	56,7	68,1	62,1	38,5	60,8	47,7
		Método Natural	2,6	1,4	2,0	1,4	1,2	1,3	0,4	0,6	0,5	0,2	1,0	0,5
	E	Método Moderno	78,1	94,7	90,1	47,1	60,9	54,2	41,3	55,5	47,9	39,8	52,1	46,7
		Método Natural	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	1,4	0,0	1,4	0,7	1,7	0,0	0,7
Se encuentra estudiando	No	Método Moderno	78,9	86,3	83,4	64,0	59,6	61,9	60,4	66,7	63,4	35,4	60,9	48,5
		Método Natural	6,1	1,6	3,4	1,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,2	0,9	0,0	0,4
	Si	Método Moderno	86,9	84,3	85,9	69,0	73,4	71,1	69,2	69,8	69,5	60,2	66,6	62,8
		Método Natural	2,6	1,6	2,2	1,8	1,0	1,4	0,5	0,8	0,6	0,0	1,4	0,6
Total	Método Moderno	85,4	85,0	85,2	67,4	69,1	68,2	66,2	68,6	67,2	51,9	64,1	57,3	
	Método Natural	3,2	1,6	2,5	1,6	0,7	1,1	0,3	0,6	0,4	0,3	0,8	0,5	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas Nacionales de Juventud 2012, 2009, 2006 y 2003.

^a El uso de anticonceptivos incluye los métodos modernos y naturales. El porcentaje se calcula considerando sólo a los que respondieron sobre el uso de un anticonceptivo, excluyendo a los que no responden.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Población y Desarrollo****Números publicados**

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

116. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. Jorge Rodríguez Vignoli, Katherine Páez, Consuelo Ulloa y León Cox. (LC/TS.2017/22) 2017.
115. Trends in adolescent motherhood and fertility and related inequalities in the Caribbean. 1990-2010. Valerie E. Nam. (LC/L.4212) 2016.
114. Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. Jorge Martínez Pizarro y Cristián Orrego Rivera (LC/L.4164) 2015.
113. La mortalidad materna: ¿por qué difieren las mediciones externas de las cifras de los países? Magda Ruiz Salguero, Lina Márquez y Tim Miller (LC/L.4102) 2015.
112. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna 2009-2014. Alejandra Burgos Bizama (LC/L.4096) 2015.
111. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Actualización y ampliación a los 20 países de la región. Magda Ruiz Salguero, Tim Miller, Lina Márquez y María Cecilia Villarroel (LC/L.4095) 2015.
110. Migración internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de migración Sur-Sur: el caso de Costa Rica y Nicaragua. Leandro Reboiras (LC/L.4092) 2015.
109. Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. Jorge Martínez Pizarro, Verónica Cano Christiny y Magdalena Soffía Contrucci (LC/L.3914) 2014.
108. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina: hallazgos de un estudio piloto en ocho países. María Isabel Cobos. Tim Miller y Magda Ruiz Salguero (LC/L.3735) 2013.
107. Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L.3636) 2013.
106. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Avances en América Latina 2009-2011. Katherine Páez (LC/L.3508) 2012.
105. Migración interna y sistema de ciudades en América Latina: intensidad patrones efectos y potenciales determinantes censos de la década de 2000. Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L.3351) (US\$ 10.00) 2011.
104. La crisis actual y la salud. Álvaro Franco Giraldo (LC/L.3318-P) N° de venta: S.11.II.G.37 (US\$ 10.00) 2011.
103. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. María Fernanda Stang Alva (LC/L.3315-P) N° de venta: S.11.II.G.33 (US\$ 10.00) 2011.
102. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994. Laura Rodríguez Wong e Iñez H. O. Perpétuo (LC/L.3314-P) N° de venta: S.11.II.G.32 (US\$ 10.00) 2011
101. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar. Camilo Arriagada Luco (LC/L.3312-P) N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00) 2011. 100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. Sandra Huenchuan (LC/L.3308-P) N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00) 2011.
100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

116

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Series

C E P A L

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org