

SESTUDIOS INJUVI

El descenso de la fecundidad adolescente en Chile Antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades

Volumen 12





Gobierno de Chile

Serie Serie

El descenso de la fecundidad adolescente en Chile Antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades

Volumen 12

El descenso de la fecundidad adolescente en Chile Antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades

Instituto Nacional de la Juventud, 2020

Autoridades INJUV

Gabriela Muñoz N., Directora Nacional (s). Michel Hernández M., Subdirector Nacional (s).

Supervisión editorial

Marcos Barretto M., Jefe Depto. Planificación y Estudios (s).

Coordinación

Departamento de Planificación y Estudios, Área de Estudios. Instituto Nacional de la Juventud.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Editor

Ignacio Becker B.

Preparación del documento original

Jorge Rodríguez V. Antonia Roberts P.

Diseño

Simple! Comunicación.

Impresión

Simple! Comunicación.

Publicado en diciembre de 2020 ISBN: 978-956-7636-30-3

El presente documento, que se enmarca en el convenio de colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el fortalecimiento y desarrollo de las políticas públicas en juventud, es producto de una solicitud de asistencia técnica realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) al Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)—División de Población de la CEPAL, con el objeto de cuantificar y analizar la maternidad y la fecundidad adolescentes en Chile y sus determinantes próximos, en pos de la generación de políticas públicas juveniles. Su elaboración estuvo a cargo de Jorge Rodríguez Vignoli, asistente de investigación del CELADE—División de Población de la CEPAL, y Antonia Roberts Pozo, licenciada en Sociología de la Universidad de Chile.

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 CEPAL y del INJUV.

Este documento puede ser reproducido en forma parcial o total sin autorización previa. Solo se requiere que la fuente sea debidamente mencionada.

Nota de género: Pese a que en ciertas ocasiones se escriba en género masculino, el lenguaje utilizado en el texto refiere al género en su sentido amplio, a menos que se señale lo contrario.

Cita sugerida: Rodríguez Vignoli, J. y Roberts, A. (2020). El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades. Serie de Estudios Nº 12. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud.

Indice

Resumen ejecutivo	5
1. Introducción	7
2. Antecedentes	11
3. Revisión de literatura reciente sobre sexualidad y reproducción adolescente en Chile	17
3.1. Inicio de la actividad sexual y prácticas sexuales de adolescentes	17
3.2. Anticoncepción en adolescentes	21
3.3. Educación sexual y atención en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes	26
4. Intensidad de la reproducción de la adolescencia: elementos metodológicos y resultados	31
4.1. La tasa de fecundidad adolescente	31
4.2. La maternidad adolescente	36
4.3. La paridez y el número de hijos (embarazo subsecuente) en la adolescencia	38
4.4. La desigualdad social de la reproducción en la adolescencia	41
4.4.1 Educación	41
4.4.2 Deciles de ingreso	45
4.4.3 Estrato socioeconómico	48
4.4.4 Territorios y espacios polares en la metrópolis	49
5. Las variables intermedias y exposición al riesgo de embarazo y parto: menarquia, iniciación sexual-unión, anticoncepción, aborto. Tendencia y desigualdad	52
5.1. Exposición biológica al riesgo de embarazo	
5.2. Iniciación y actividad sexual	
5.3. Nupcialidad/Unión	
5.4. Anticoncepción	
5.5. Aborto	
6. Modelos multivariados: variables intermedias y subyacentes (distales)	
7. Discusión y conclusiones	
Referencias	
Páginas web	83

El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades

Jorge Rodríguez Vignoli¹
Antonia Roberts Pozo²

Jorge Rodríguez Vignoli es Sociólogo por la Universidad de Chile y Postgraduado en "Dinámica de la Población y Programas y Políticas de Desarrollo" por CELADE (1990). Estudios de Doctorado en "Estudios Americanos, con Mención en Historia Económica y Social" (Universidad de Santiago de Chile (1999-2005). Doctor en Demografía Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (2019). Asistente de investigación de CELADE-División de Población de la CEPAL desde 1994. Integrante Directiva de ALAP 2009-2010. Autor de numerosas publicaciones. Profesor y conferencista en diversas Universidades y centros académicos y públicos. Prestador de asistencia técnica, en su calidad de funcionario de la CEPAL, en Demografía y Población y Desarrollo en casi todos los países de América Latina y el Caribe.

² Antonia Roberts Pozo es Licenciada en Sociología de la Universidad de Chile (2019), en proceso de titulación. Experiencia laboral como ayudante de investigación en proyectos vinculados a temáticas de género y salud. Realizó su práctica profesional en CELADE-División de Población de la CEPAL entre el 28 de octubre de 2019 y el 28 de enero de 2020.

Resumen ejecutivo

1. Introducción

Chile, como muchos otros países latinoamericanos, ha experimentado desde la década de 1960 una rápida y drástica caída de la fecundidad, la que ha sido más lenta y no exenta de inflexiones en el caso de la fecundidad adolescente. Esta fecundidad entraña un conjunto de adversidades para los y las adolescentes, especialmente para las mujeres, y también para sus hijos e hijas y otros actores como los padres de los y las adolescentes. Debido a lo anterior, esta fecundidad ha sido objeto de atención en la investigación y las políticas. Si bien hay estudios que ahondan en el fenómeno, existen flaquezas en la investigación debido a la ausencia de datos claves y falta de centros de investigación especializados. Contrario a esto, la acción en la materia ha sido mucho más intensa y variada, lo que se evidencia en los múltiples programas y políticas que abordan este tópico, salvo en lo que refiere a la educación integral para la sexualidad, materia en la cual hay un estancamiento preocupante.

En función de todo lo anterior, en este estudio se presenta una descripción de los niveles, tendencias y desigualdades de diverso tipo de la reproducción adolescente y sus variables intermedias, usando para ello los datos más recientes y variados disponibles en el país. Así, se realiza un análisis de la intensidad de la reproducción en la adolescencia tomando en cuenta las tasas de fecundidad adolescente, los porcentajes de maternidad adolescente, la paridez, y la desigualdad de la reproducción adolescente. Luego se revisan las variables intermedias vinculadas a la fecundidad referidas a la menarquia, actividad sexual, la unión, el uso de anticoncepción y el aborto, para finalmente utilizar modelos multivariados para discriminar la importancia de las variables intermedias en el embarazo adolescente.

2. Resultados

Sobre la intensidad de la reproducción en la adolescencia, los indicadores utilizados evidencian una caída importante de la tasa específica de fecundidad adolescente durante la década del 2010. Según las estadísticas vitales, la fecundidad adolescente pasó de 56 por mil en 2008 a 23 por mil en 2018, es decir, una caída de casi 60% en solo 10 años. Estimaciones mediante métodos indirectos confirman esta caída. Al calcular el porcentaje de madres según edades utilizando los datos censales y encuestas nacionales de juventud, se ratifica la caída de la maternidad adolescente. Otro elemento relevante corresponde a la paridez, es decir el número de hijos en adolescentes que ya son madres. Los datos censales evidencian para 2017 una paridez mucho más baja que en los censos anteriores, sobre todo en las edades de 16 a 19 años. Cabe mencionar que en la reproducción en la adolescencia se observa una caída en todos los niveles educativos. Sin embargo, su desigualdad socioeconómica se mantiene alta, ya que la caida del decil superior fue más pronunciada que la de los demás. En cuanto al territorio, persisten desigualdades y se comportan de forma esperada, en particular se mantienen niveles bastante mayores de maternidad en comunas más pobres.



Al abordar las variables intermedias, se observa que ha existido un adelantamiento de la menarquia, por lo que aumenta la exposición biológica al embarazo. Sobre inicio sexual la evidencia más reciente muestra una sorpresa: luego de décadas de adelantamiento se estaría atrasando, una tendencia que se han observado en algunos países desarrollados en la última década, como los Estados Unidos. Respecto a la unión en la adolescencia, se evidencia un descenso tanto en la nupcialidad como en la convivencia, el cual se encuentra marcado por diferencias socioeconómicas erráticas a lo largo de los años. Respecto de la anticoncepción, se observa un aumento de la iniciación sexual protegida, aunque todavía al menos 2 de cada 10 adolescentes debutan sexualmente sin protección, lo que las expone directamente al riesgo de embarazo. Se registra un paulatino avance de la doble protección en el primer coito. Y como tendencia novedosa clave para la caída de la reproducción en la adolescencia, se verifica un aumento del acceso a la anticoncepción de emergencia y a los métodos reversibles de larga duración, en particular entre mujeres, como alternativas para esta doble protección en el debut sexual. En cuanto al aborto, se cuenta con estadísticas poco confiables, y no se logra captar el fenómeno posterior a la implementación de la Ley IVE. Finalmente, en general se observa un descenso en embarazos no planificados, aunque su medición en el país dista del rigor metodológico necesario para conclusiones más firmes.

En los modelos multivariados se observa que incluso controlando edad y zona de residencia las variables socioeconómicas se asocian a las chances de haber sido madre adolescente y que el nivel educativo muestra las mayores disparidades de chances. Por otra parte, tanto el debut sexual protegido como la postergación de la unión son significativos para reducir las chances de maternidad adolescente, mientras que, la edad de iniciación sexual, pierde su significación estadística en las encuestas más recientes, probablemente por el efecto de la protección anticonceptiva.

3. Conclusiones y desafíos

Chile demostró en la década de 2010 que es posible reducir rápida y significativamente la fecundidad adolescente en el marco de políticas y programas activos dirigidos hacia ese objetivo. Durante este periodo concurrieron varios factores que coadyuvaron al descenso de la fecundidad adolescente entre los que se encuentran: El derribamiento de barreras de acceso a la anticoncepción, la aparición de la anticoncepción de emergencia y la instalación de los espacios amigables para adolescentes. También colaboraron, la inflexión en el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, junto al aumento del nivel educativo y la masificación de la educación universitaria. Es probable que el mayor acceso al aborto y el empoderamiento femenino también haya contribuido, aunque estos dos últimos asuntos fueron poco investigados en el presente estudio

De los datos surgen desafíos de investigación y de política: i) no caer en la autocomplacencia por la baja reciente de la fecundidad adolescente, sobre todo porque aquella que acontece antes de los 15 años debiera ser cero y la del grupo 15-19 todavía puede ser mucho menor, como lo muestran las cifras de la mayoría de los países desarrollados, entre ellos los del sur de Europa, y las tasas alcanzadas en varias comunas del país, típicamente las más acomodadas, eso sí; ii) la necesidad de tener más datos y ahondar en el análisis de los adolescentes hombres; iii) los flancos que abren los nuevos métodos anticonceptivos en términos éticos y también de comportamiento sexual, incluyendo el riesgoso (por ITS); iv) la desigualdad social y territorial de la fecundidad adolescente, que es alta y persistente.

TAIL OF THE PART O

Chile, como muchos otros países latinoamericanos, ha experimentado desde la década de 1960 una rápida y drástica caída de la fecundidad, la que ha sido más lenta y no exenta de inflexiones en el caso de la fecundidad adolescente. Esta fecundidad entraña un conjunto de adversidades para los y las adolescentes, especialmente para las mujeres, y también para sus hijos e hijas y otros actores como los padres de los y las adolescentes (Rodríguez, Páez, Ulloa y Cox, 2017). 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, 2014, 2016; Céspedes y Robles, 2016; Cherry y Dillon, 2014; Robledo, 2014; Rodríguez Vignoli, 2014b; UNFPA, 2013; Currie, Zanotti, Morgan, Currie, de Looze, Roberts, Samdal, Smith y Barnekow, 2012; Juárez y Gayet, 2005; Rendall, Ekert-Jaffé, Joshi, Lynch y Mougin 2009; Bearinger, Sieving, Ferguson y Sharma, 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 hijo o hija. 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 ello, esta fecundidad ha sido objeto de particular atención en las últimas tres décadas tanto en términos de investigación como de política. En el caso de Chile, un conjunto de debilidades -falta de especialistas, ausencia de institucionalidad pública y centros de investigación en demografía, y carencia de datos clave como los que se obtienen con encuestas especializadas- han conspirado



contra un estudio científico sistemático y sólido del fenómeno, con una perspectiva de análisis demográfico y de población y desarrollo. Ciertamente, el vacío no es total, y hay algunos estudios que describen el fenómeno y procuran avanzar en su explicación, tanto desde enfoques cuantitativos como cualitativos. De hecho, el presente estudio representa una suerte de continuidad del publicado en 2017 por Rodríguez, Páez, Ulloa y Cox (Rodríguez et al., 2017) y más adelante en la revisión de literatura se mencionarán y describirán varios otros estudios recientes. También hay institucionalidad pública vinculada a adolescentes y jóvenes, como el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV)³, el Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud ⁴ y la Defensoría de la Niñez (que incluye a adolescentes de 10 a 18 años, de acuerdo con la Convención Internacional de los Derechos del niño/a)⁵, los que tienen capacidades técnicas y políticas para indagar e incidir en la materia, mismas que debieran ser más aprovechadas y difundidas. Finalmente, en materia de datos, el último quinquenio ha sido fructífero por cuanto se han sumado; i) dos encuestas de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2015 y 2017, que contienen algunas preguntas sobre fecundidad y nupcialidad; ii) dos Encuestas Nacionales de Juventud (2015 y 2018) que contienen numerosas preguntas sobre comportamiento y opiniones en materia de sexualidad, unión, reproducción, uso de anticonceptivos y aborto, y si bien varias de ellas no se ajustan a los estándares técnicos internacionales igualmente proporcionan información muy valiosa para entender el fenómeno; iii) un censo nacional de población, que contiene consultas sobre fecundidad (aunque no sobre nupcialidad, por haber sido un censo abreviado); iv) estadísticas vitales de buena calidad, actualizadas y revisadas retrospectivamente; v) estimaciones de población nacionales actualizadas con base en el censo de 2017 (clave para los denominadores de las tasas); vi) y dos encuestas levantadas por el Ministerio de Salud de Chile.⁶

En comparación con las flaquezas de la investigación, la acción en la materia ha sido mucho más intensa y diversa durante el siglo XXI, particularmente en los últimos años de la década de 2000 y toda la década de 2010. En efecto, en los últimos 15 años se implementaron diversas políticas y programas tendientes a reducir la fecundidad adolescente (Binstock, 2016; Rodríguez et al., 2017; Ministerio de Salud, 2018; Chandra-Mouli, Plesons, Hadley, Maddaleno, Oljira, Tibebu, Akwara y Engel, 2019). Esto incluyó: i) el reforzamiento del programa de Salud de adolescentes y jóvenes, con la elaboración específica de Planes de Acción con metas explícitas de reducción de la fecundidad adolescente, incluso en términos de cuantía del descenso: "Meta 4.4: Disminuir la tasa proyectada de embarazo adolescente en menores de 19 años"; ii) la elaboración de normas para el uso de medios de regulación de la fecundidad sensibles a la necesidad de dar cobertura a adolescentes y jóvenes; iii) el desarrollo de campañas masivas para reducir conductas de riesgo vinculadas a la infección del VIH que incluyeron el mensaje de "uso del condón a todo evento"; iv) el permiso, apoyo legal y facilitación del acceso a la pastilla del día después, tanto en el sector público (aunque con diferencias entre municipios por razones ideológicas) como privado (sin ninguna subvención, pero al cabo de un tiempo sin necesidad de presentar receta); v) la instalación, multiplicación y

³ http://www.injuv.gob.cl/.

⁴ https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes-2/ programa de salud de adolescentes.

⁵ https://www.defensorianinez.cl/

⁶ Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016/2017 y Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016, http://epi. minsal.cl/resultados-encuestas/.

⁷ MINSAL (2012). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020, Santiago, segunda edición, p. 14; https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf.

fortalecimiento de los denominados "espacios amigables" para adolescentes y jóvenes, sobre todo en centros de salud primaria; vi) la facilitación, particularmente en los últimos años, del acceso a los métodos de larga duración reversibles, como implantes subdérmicos, parches, anillos e inyecciones hormonales, que parecen particularmente efectivos para adolescentes y jóvenes; y, vii) desde fines de 2017, la despenalización del aborto bajo tres causales.

Este potente despliegue -que ha tenido bastante de "política de Estado" por haberse dado bajo gobiernos de diferente signo, -aunque ciertamente ha habido diferencias de prioridad y enfoque entre los distintos gobiernos-, contrasta con un área rezagada y crucial en materia preventiva, como es la educación integral para la sexualidad. Por otra parte, también enfrenta tendencias desafiantes, que, ceteris paribus, elevan la probabilidad de reproducción en la adolescencia, como es el adelantamiento de la iniciación sexual y la masificación de la actividad sexual (cada vez más premarital, cabe destacar) durante la adolescencia (Rodríguez et al., 2017).

De esta manera, hay dudas legítimas sobre: i) las tendencias de la fecundidad adolescente y su desigualdad; ii) las tendencias de las variables intermedias y su desigualdad. Por ello, este estudio usará todas las fuentes disponibles para describir ambos puntos de forma actualizada y exhaustiva, y luego vinculará las diferentes políticas implementadas a los resultados obtenidos.

Para esto, se usará como línea de base el estudio de Rodríguez et al. (2017), que se actualizará, profundizará y ampliará mediante la explotación de todas las fuentes de datos nuevas y/o no explotadas en ese estudio. Se agregarán, además, algunos temas, como el efecto del cambio educativo sobre la tendencia de la reproducción de la adolescencia, junto con una revisión más detallada de la bibliografía reciente. Y, sobre todo, se hará un esfuerzo por vincular el despliegue de políticas y acciones con tendencias de la reproducción adolescente y las variables intermedias.

El estudio se estructura en las siguientes secciones: antecedentes, revisión de la literatura, marco metodológico, resultados, y discusión y conclusiones.



Antecedentes Antecedentes Antecedentes

En Rodríguez et al. (2017), se hace una presentación sistemática de los determinantes y consecuencias de la fecundidad adolescente y de las especificidades que ha tenido su evolución en América Latina y en Chile en particular. Su enfoque demográfico permite disponer de un conjunto de indicadores sobre el fenómeno de la reproducción adolescente que la describen parcialmente. Entre ellos está la tasa específica de fecundidad adolescente, la paridez media, el porcentaje de madres del grupo y por edad simple, la distribución de cantidad de hijos tenidos entre las madres adolescentes, las probabilidades de ser madre al finalizar la adolescencia, etc. Todos estos indicadores combinados permiten una visión integral del fenómeno, su intensidad, y calendario, por lo cual revisarlos y actualizarlos contribuye al mejor conocimiento del mismo. Adicionalmente, desagregarlos por nivel socioeconómico y otras variables relevantes, sea mediante tablas o a través de modelos multivariados que permiten controlar las relaciones combinadas de estos factores, posibilita adentrarse en el terreno de la desigualdad social, justamente en un asunto como la reproducción en la adolescencia, signado por la desigualdad social en el mundo, en la región y en Chile. Por ello, en este estudio se seguirá lo hecho en Rodríguez et al. (2017) en esta materia.

En el caso de las variables intermedias -susceptibilidad (que depende en gran medida de la menarquia), actividad sexual y un atributo asociado a la unión o nupcialidad, el uso de anticoncepción y el aborto- hay un conjunto de evidencia y discusión novedosos en los últimos años, así como una visión más amplia sobre su análisis, que incluye mayor detalle sobre el comportamiento sexual y anticonceptivo, en particular y más recientemente sobre aborto, luego de su despenalización en tres causales.

En este sentido las tendencias de la actividad sexual y de la unión durante la adolescencia son objeto de debate. En el artículo de Rodríguez et al. (2017) queda claro que Chile ha experimentado una tendencia sostenida al adelantamiento de la iniciación sexual y a la masificación de la actividad sexual durante la adolescencia, mientras que, en sentido inverso, ha vivido una tendencia más bien descendente de la unión durante la adolescencia. En ambos casos, también se verifica un gradiente socioeconómico, con iniciaciones sexuales y nupciales (de unión) más tempranas



entre los grupos desfavorecidos, lo que entraña factores de riesgo asociados a la ya mencionada desigualdad social de la reproducción adolescente.

De esta manera, Chile se suma a la tendencia latinoamericana (y de otras regiones del mundo) en materia de iniciación sexual (adelantamiento), pero se distingue de varios otros países de la región, por los bajos y decrecientes niveles de unión en la adolescencia, Ahora bien, la experiencia reciente de los Estados Unidos y algunos países de Europa Occidental de inflexión del calendario de la iniciación sexual, más concretamente: postergación luego de décadas de adelantamiento (Rodríguez et al., 2017) ha traído consigo el debate sobre si esto pudiera ocurrir en Chile, habida cuenta el enorme efecto demostración que suele tener la cultura y modus vivendi de los Estados Unidos en el país. Por lo mismo, indagar más al respecto, explotando con rigor las pocas fuentes existentes que capturan información sobre esto (como la Encuesta Nacional de Juventud) es uno de los objetivos del trabajo, junto con analizar este comportamiento a la luz de la desigualdad social.

Por otro lado, respecto del uso de anticonceptivos, las tendencias descritas en Rodríguez et al. (2017) apuntan a un gradual aumento de su prevalencia, lo que se enmarca en un conjunto de políticas y programas e intervenciones dirigidas a ello. Es decir, ha existido voluntad política para permitir, facilitar y garantizar el acceso a la anticoncepción por parte de los y las adolescentes, un asunto que fue objeto de controversias políticas, ideológicas, culturales, técnicas y mediáticas álgidas hasta la década de 2000. De hecho, a fines de esa década se llevó al Tribunal Constitucional el derecho de los y las adolescentes a acceder a la anticoncepción, incluyendo la de emergencia, fallándose inicialmente contra este derecho, lo que finalmente se resolvió a favor de este, en virtud de la promulgación de la Ley N°20.418 sobre "Normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad", en enero de 2010.

Esto último se debió a un conjunto de factores, tales como: i) la acumulación y validación de conocimiento científico, sobre determinantes (desigualdad y barreras de acceso a la anticoncepción), consecuencias (reproducción de la desigualdad y la pobreza) y no deseabilidad (vulneración de derechos) de la fecundidad adolescente; ii) la abogacía de grupos de defensa de los derechos de los y las adolescentes; iii) la creciente conciencia entre los actores políticos y sociales sobre la necesidad imperiosa de actuar rápida y decisivamente para reducir la fecundidad adolescente; y iv) la consideración de acuerdos internacionales de diferente tipo en la materia. Entre ellos están: i) el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994; ii) la Declaración Bi-Ministerial (Salud-Educación) "Educar para Prevenir" de 2008; iii) el Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA) del ORAS-CONHU; iv) el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD de 2013, varias de cuyas medidas prioritarias refieren a los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y al embarazo adolescente y su prevención); y v) la Agenda 2030 y sus ODS (cuya meta 3.7 tiene como indicador 3.7.2 a la tasa específica de fecundidad adolescente 15–19 y 10–14).

Todo lo anterior se expresó en Chile en cambios institucionales y legales, así como en iniciativas de política, varias de las cuales superaron los cambios de gobiernos y las diferencias ideológicas que hasta la década de 2000 impedían el consenso en el tema y la actuación con visión de Es-

⁸ La unión incluye la convivencia, de acuerdo con el estándar en demografía. En el caso de los y las adolescentes, esta definición amplia es aún más importante porque, en general, las uniones legales (matrimonios, unión civil, etc.) son infrecuentes en la adolescencia y muy infrecuentes en el caso de Chile.

tado, largo plazo y basada en evidencia y enfoque de derechos. Los párrafos que siguen ofrecen una rápida revisión de algunos hitos de este despliegue público en materia de adolescentes, y, en particular, respecto de prevención del embarazo adolescente mediante educación, consejería y acceso libre e informado a todos los medios de anticoncepción.

Desde finales del siglo XX y en lo que ha transcurrido del siglo XXI, la adolescencia adquirió un estatus sanitario específico por su distinción respecto de los niños, por una parte, y de los adultos, por otra. Esto se cristalizó institucionalmente en la década de 1990, primero con la formulación en 1995 del Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes por parte del Ministerio de Salud de Chile, con el propósito de dar respuesta a las necesidades específicas de atención sanitaria de esta población. Y luego, en el año 1999, se publicó la Política en Salud de Adolescentes v Jóvenes, que propuso cambiar el paradigma asistencial hacia un enfoque holístico, integral y bio-psicosocial. En este período, la acción en salud sexual y reproductiva dirigida hacia este grupo siguió muy vinculada a la contención de VIH/SIDA, por lo cual la promoción del condón emergió como una estrategia central por la doble protección que ofrece, pese a las complicaciones que este uso tiene entre adolescentes, más allá de su importancia y validez. De hecho, la prevención del embarazo adolescente se incorporó 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 (Ministerio de Salud, 2002). Para lo anterior se estableció como objetivo la reducción en un 30% del embarazo adolescente, para lo cual la tasa específica de fecundidad adolescente debería haber llegado a 46 nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad por cada mil mujeres de esa edad en 2010, se promovió el retraso de la edad de la iniciación sexual y se apuntó a un aumento de 50% del uso del condón, por lo menos. Además, estos objetivos buscaban 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%.

De forma complementaria, porque su población de referencia eran todas las mujeres y no solo las adolescentes, en la década de 2000 se abrió el camino para una remoción gradual y aún no concretada completamente, de las barreras de acceso a la anticoncepción. Esto se logró mediante la actualización de normas y procedimientos relativos al alcance y disponibilidad de los medios anticonceptivos para los y las adolescentes. Un hito al respecto fue el documento Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, presentado en 2006, porque en este se 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 (Ministerio de Salud, 2006). Estas normas estipulan que ni la edad ni las condiciones de salud son una limitante para el uso de anticonceptivos 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 (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 (Ministerio de Salud, 2008). El mismo año, además, se creó 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 (Resolución Exenta Nº1267, 2016). El programa se inició en un conjunto limitado de ciudades con la perspectiva de expandirse y aumentar su cobertura geográfica y poblacional gradualmente. A escala internacional, desde su inicio en 2007 Chile forma parte de los países que acordaron el PLANEA, en el marco del ORAS-CONHU, en el cual las naciones firmantes se comprometen a acciones decididas para prevenir el embarazo adolescente en cada país y a mantener una coordinación y encuentros regulares para compartir experiencias y resultados, así como facilitar la cooperación Sur-Sur.⁹

Posteriormente, en el año 2010 se promulga la ya mencionada Ley 20.418. Esta ley establece el derecho a la educación e información y confidencialidad, siendo la prevención del embarazo adolescente uno de los principales propósitos. 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 (Ley N° 20.418, 2010). La única excepción en cuanto a la confidencialidad es la entrega de la anticoncepción de emergencia a menores de 14 años que requiere autorización parental o de un adulto significativo del(a) menor, y para adolescentes de entre 14 y 18 años, cuya entrega debe ser informada a los padres o adulto significativo con posterioridad a la prestación.

En el mismo año, en el marco del PLANEA, se creó 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 crearon 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 creó el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes con un Plan de Acción (Estrategia de Salud) 2012-2020. Este plan priorizó entre sus metas el aumento de la conducta sexual segura, incrementando 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 y teniendo como meta la reducción en un 20% de la tasa específica de fecundidad adolescente (Ministerio de Salud, 2012). El plan incluyó como pilar operativo el denominado "Control Joven Sano", considerado la puerta de entrada al sistema de salud y, por tanto, es una valiosa oportunidad de pesquisa y atención oportuna, según los problemas detectados. Esta estrategia fue concomitante con la de Espacios Amigables, aunque estos últimos no fueron particularmente promovidos o expandidos.

Lo anterior cambió en 2015 cuando se fusionaron 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 y las adolescentes entre 10 y 19 años. En cuanto al tema específico de

⁹ CEPAL, 2019. Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, https://www.cepal.org/es/publicaciones/44457-primer-informe-regional-la-implementacion-consenso-montevideo-poblacion).

la fecundidad adolescente, junto a la promoción en salud por medio de estos espacios y otros establecimientos de salud, también se alienta la coordinación con centros e instancias educacionales y de participación comunitaria juvenil. 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 bio-psicosocial 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 (cuya provisión no requiere de receta desde 2015, en línea con la medida prioritaria 14 del CMPD) y de regulación de la fertilidad, en particular mediante acceso a anticoncepción, excepto el uso de progestágeno inyectable en menores de 18 años y de DIU en menores de 20 años. Los resultados fueron reveladores porque los espacios amigables y sus atenciones aumentaron significativamente. De los 54 originales en 2008 se llegó a 264 en 2018, cubriendo a la mayoría de las comunas del país. 10

Finalmente, la despenalización del aborto en tres causales mediante la Ley N°21.030 también incluyó a adolescentes desde los 14 años, las que reciben el mismo trato que el resto de las mujeres salvo en la causal 3 sobre violación, en la cual se aplica un protocolo similar al descrito para la provisión de ACE: la adolescente toma la decisión sobre abortar o no pero su tutor legal (en la provisión de ACE puede ser un adulto significativo) debe ser informado al respecto.

Ahora bien, como ya se mencionó, el componente rezagado de este esfuerzo ha sido la educación integral para la sexualidad. El balance efectuado por la corporación MILES en 2016,11 así como el expuesto en la plataforma virtual de la sociedad civil denominada "Miro que te miro" 12, son concluyentes y revela persistentes deficiencias en esta materia. De hecho, es la dimensión más rezagada de todas las que sigue la plataforma "Mira que te miro" con solo un 31% de logro de la meta prevista en el CMPD (Imagen 1). Y si bien esto aparentemente choca con el despliegue de actividades en la materia que exponen los gobiernos del país en sus informes oficiales (por ejemplo, MINSAL 2018) e incluso con el reconocimiento de fortalezas que hacen algunos diagnósticos recientes de la UNESCO (2017), lo que ocurre es que la debilidad estriba en una dimensión específica pero crucial, la programática-estratégica, a causa de la ausencia de un programa común actualizado y monitoreado en sus resultados y el alcance limitado, sostenibilidad incierta y sobre todo contenidos variados de la actividad en aula, todo lo cual impide construir al menos una base común de formación, sensibilización y empoderamiento en materia de sexualidad adolescente. De ahí la conclusión de UNESCO (2017) en el sentido de que "(...) no existe información sobre la forma en que las orientaciones se reflejan en la realidad de las aulas. Este aspecto es particularmente importante dada la discrecionalidad que se otorga a los planteles escolares para implementar o no algunos segmentos del Programa" (p.21).

¹⁰ MINSAL, 2018, https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes-2/espacios-amigables/ y CEPAL, 2019.

[&]quot;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).

¹² https://miraquetemiro.org.





Derechos Humanos y Laicidad: 1. Derechos Sexuales y Reproductivos; 2 Laicidad; 3. Matrimonios y Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas; 4. Orientación sexual e identidad de género;

Fuente: https://miraquetemiro.org/countries/CHL/42/, 24/01/2019, 18:45, horario de Santiago de Chile.

Educación Integral en Sexualidad: 5 Educación Integral en Sexualidad;

Salud Sexual y Reproductiva: 6. Servicios de Salud Sexual y Reproductiva; 7. Servicios Amigables para Jóvenes; 8. Aborto; 9. Prevención de Mortalidad Materna; 10. Parto Humanizado; 11. VIH/Sida; 12. Atención Especializada a Víctimas de Violencia de Género; Rendición de cuentas: 13. Rendición de cuentas

Revisión de literatura reciente sobre sexualidad y reproducción adolescente en Chile

En el texto de Rodríguez et al. (2017), se presenta una síntesis relativamente acabada de la literatura sobre la fecundidad adolescente en el país hasta mediados de la década de 2010. Entonces, sin repetir ese esfuerzo de revisión y síntesis, a continuación, se expone una descripción sintética y analítica de la literatura más reciente y de aquella que, eventualmente, no fue considerada en Rodríguez et al. (2017). Se usó una técnica de búsqueda del tipo bola de nieve con umbrales estándares de saturación (reiteración de conceptos clave, repetición de la bibliografía), etc. Adicionalmente se usó el filtro de años (desde 2009 en adelante), y la búsqueda se concentró en revistas especializadas en temas de salud, sexualidad y reproducción. Con todo, podrían haberse escapado algunos textos de escasa referencia y/o circulación.

3.1. Inicio de la actividad sexual y prácticas sexuales de adolescentes

Para abordar la fecundidad, sexualidad y/o reproducción adolescente, la literatura revisada suele enfocarse tanto el inicio de la actividad sexual como las prácticas sexuales adolescentes. Al respecto, se tienden a revisar que prácticas predominan y las edades en que inician estas prácticas. Esta temática resulta relevante debido a que la exposición a la actividad sexual se constituye como un determinante próximo de la fecundidad (Rodríguez et al., 2017).

Al analizar el panorama a nivel nacional con respecto a las temáticas anteriormente mencionadas, se observa que, según un estudio del año 2010 del Centro de Estudios Públicos que utiliza datos de la Quinta Encuesta Nacional de la Juventud, un 22% de los hombres y un 15,18% de las mujeres de entre 15 y 16 años del país habían iniciado actividad sexual. Esta cifra aumenta para la cohorte de 17 y 18 años, en dónde un 55,4% de los hombres y un 43,9% de las mujeres había iniciado actividad sexual. En la cohorte de 19 y 20 años un 81,4% de los hombres y un 65% de



las mujeres declaran haber iniciado actividad sexual. Así, se observa que los hombres tenderían a ser más precoces que las mujeres en el inicio de la actividad sexual y que la proporción de adolescentes iniciados/as sexualmente en la adolescencia media es inferior a la mitad. Respecto a este escenario la autora menciona que, si bien el porcentaje de iniciados/as sexualmente es comparativamente bajo en esta cohorte de edad, la probabilidad de embarazo en este grupo es alta debido a que son las/os que menos utilizan anticoncepción, temática que será analizada con posterioridad en el documento. A su vez, la autora sostiene que la adolescencia temprana debe ser un foco principal de las políticas en relación con la sexualidad y fecundidad adolescente debido a que se ven afectadas/os en mayor medida por consecuencias negativas del embarazo adolescente (Dussaillant, 2010). Los resultados de una investigación realizada en la región de Ñuble con jóvenes asistentes al Hospital El Carmen (cercano a Chillán), que aborda la proporción de jóvenes iniciados/as sexualmente, analizando sus diferencias por sexo, evidencian que de una muestra de 277 adolescentes de entre 15 y 19 años, un 12,5% de los varones y un 12,2% de las mujeres se había iniciado sexualmente. De los y las iniciados/as sexualmente, un 42,3% de los varones y un 22% de las mujeres había iniciado actividad sexual antes de los 15 años (Parra, Domínguez, Maturana, Pérez, y Carrasco, 2013). Otra investigación llevada a cabo en establecimientos educacionales de la región de Ñuble evidencia que un 6,7% de los y las adolescentes entre 11 y 14 años había tenido relaciones sexuales, versus un 27,7% de los y las adolescentes entre 15 y 19 años. A su vez se evidencian diferencias por género en el inicio de la actividad sexual, ya que el porcentaje de hombres que ha tenido relaciones es de un 28,8% versus 15,7% en las mujeres, diferencia estadísticamente significativa (Parra y Pérez, 2010).

Otras investigaciones sobre el inicio de la actividad sexual en Chile ofrecen resultados más diversos. Un estudio realizado en la ciudad de Santiago, con adolescentes residentes en comunas con niveles socioeconómicos bajos o medios, evidencia que sólo un 9%, de una muestra de 766 adolescentes, había iniciado actividad sexual y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Donde sí se registraron diferencias estadísticamente significativas fue en relación con la edad de la primera relación sexual según el uso de anticoncepción en adolescentes iniciados/as sexualmente, evidenciando que quienes usaron protección eran mayores que quienes no usaron (Sánchez, Grogan-Kaylor, Castilla, Caballero, y Delva, 2010). En relación con esta temática, la investigación citada anteriormente que utiliza datos de la Quinta Encuesta Nacional de la Juventud muestra que a nivel nacional el uso de anticoncepción en la primera relación sexual sería menor para quienes inician su actividad sexual en la adolescencia temprana. De esta forma, los hombres y mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 12 y los 14 años utilizaron anticoncepción en un 37,5% y 45,2% de los casos respectivamente. Para quienes tuvieron su primera relación entre los 18 y los 20 años el uso de anticoncepción en ella aumenta a 62,9% en el caso de los hombres y 66,7% en el caso de las mujeres (Dussaillant, 2010).

Existe una cantidad no menor de investigaciones que miden el inicio de la actividad sexual en adolescentes mediante el promedio de edad para la primera relación sexual del grupo 15–19. Esto es un error porque se trata de un indicador sesgado ya que solo representa a quienes se iniciaron sexualmente y por ello no representa, y no debe confundirse, con la edad media de la iniciación sexual de una cohorte dada. Estas investigaciones sitúan la edad promedio de inicio de la actividad sexual entre los 14 y 15 años –a veces menos, incluso–, lo que resulta muy precoz, por lo antes expuesto. Por ende, es necesario usar indicadores alternativos con la mediana o la

proporción de adolescentes iniciados sexualmente para tener una visión más precisa del calendario de la iniciación sexual. Por otra parte, también hay estudios que reportan una actividad sexual temprana y extendida entre adolescentes, pero que se basan en poblaciones autoseleccionadas, como la población asistente a centros de salud especializados en temas reproductivos (González, Molina, Montero, Martínez y Molina, 2009; González, Molina y Luttges, 2015; Leal, Molina, Montero González, 2016). Debido a esto, los resultados de estas investigaciones tienden a diferir con los obtenidos por encuestas representativas del conjunto de la población adolescente, que son las que se usarán en el presente estudio.

Otros tópicos que se analizan en las investigaciones refieren a los determinantes asociados al inicio de la actividad sexual. En la investigación de la autora Dussaillant (2010), se analiza la edad de inicio de la actividad sexual por nivel socioeconómico, evidenciando que no existirían grandes diferencias, ya que para el nivel E un 60,5% de los hombres y un 40,4% de las mujeres habría iniciado actividad sexual, mientras que para el nivel ABC1, un 56,5% de los hombres y un 44,5% de las mujeres habría iniciado. Sin embargo, los datos de esta investigación respecto a este tópico no son tan ilustrativos para comprender las conductas sexuales adolescentes, ya que no desagrega por cohortes etarios en la adolescencia y juventud, utilizando datos para la categoría 15 a 24 años. Una investigación que también utiliza datos de la Encuesta Nacional de la Juventud de diferentes años, y permite visualizar el panorama nacional en la adolescencia -ya que trabaja con el cohorte de edad de 15 a 19 años-, evidencia que si bien en general se ha experimentado un aumento del porcentaje de adolescentes iniciados/as sexualmente en todos los estratos socioeconómicos menos en el ABC1, el aumento más importante se dio en el estrato E, con un incremento de 26 puntos porcentuales entre el 2003 y 2012. Así, se evidencian diferencias por nivel socioeconómico en la iniciación sexual adolescente, ya que para el año 2012 en el estrato E un 61,5% de hombres y un 69,1% de mujeres de 15 a 19 años habían iniciado actividad sexual, versus un 39,9% de hombres y un 37,8% de mujeres en el estrato ABC1 (Rodríguez et al., 2017).

Al indagar en las motivaciones para iniciar la actividad sexual, una investigación cualitativa que incluye adolescentes hombres y mujeres plantea la existencia de una gama muy variada de categorías que emergen al recordar la primera relación sexual. Se encuentran adolescentes que iniciaron actividad sexual debido a que se sentían preparados/as y manifestaban haber tenido el control del debut sexual; otros/as adolescentes que iniciaron actividad sexual por relacionar esta conducta al amor de pareja; adolescentes que iniciaron actividad sexual por presión del grupo de pares; y quienes lo realizaron bajo los efectos del alcohol o la coerción de otro. En relación con las motivaciones, se evidencian diferentes sentimientos posteriores que los y las adolescentes desarrollan en relación a esta primera experiencia sexual. Quienes se sentían preparados caracterizaban al inicio de la actividad sexual como una experiencia enriquecedora, y otros señalaron experimentar sentimientos agradables en el marco de una relación afectiva y/o amorosa. A su vez se encontraron adolescentes que indicaron sentir vergüenza y/o extrañeza debido a que no sabían cómo actuar frente a su pareja sexual luego de esta experiencia. A su vez se encuentran adolescentes que indican haber sentido preocupación pese a que se hubieran sentido preparados para esta experiencia, debido a la posibilidad del embarazo o de ser descubiertos por sus padres, y quienes se arrepienten de la forma en que experimentaron su iniciación sexual debido a esta experiencia no se concretó de forma totalmente placentera para ellos/as (González, Montero, Martínez, Mena y Varas, 2010). Debido a que no se encontraron otras investigaciones que abordaran las motivaciones para iniciar actividad sexual en adolescentes, se revisaron investigaciones en



el extranjero. Entre las razones para iniciar actividad sexual, una investigación realizada en Cuba muestra que predominó la atracción física en las adolescentes de 14 años en un 30,4%, en segundo lugar predominó la presión de la pareja 26,1%, por diversión en un 23,2% y por curiosidad en un 14,5% de los casos (López, Bravo, Benítez, y Cepero, 2010).

En relación con las prácticas sexuales adolescentes, una investigación realizada en establecimientos educacionales de la región de Ñuble sostiene que las prácticas sexuales genitales son las que menos predominan entre los adolescentes, en comparación a los autores denominan "prácticas sexuales sociales y corporales", referidas a interacciones y coqueteos, y contacto físico no genital respectivamente. Según los resultados de este estudio, las prácticas corporales más comunes serían besar apasionadamente, señalado por un 67% de los y las adolescentes, y acariciar la mano, cara o cuello, señalado por un 62,5%, mientras que las prácticas menos comunes son tener relaciones sexuales mencionado por un 21,8% de los y las adolescentes, acariciarse mutuamente por debajo de la ropa con un 24,4% de los casos, y tener sexo oral, mencionado sólo por un 10,7% de la muestra. Es necesario señalar que se encuentran diferencias estadísticamente significativas por cohortes de edad dentro del grupo adolescente, predominando las prácticas corporales y genitales en adolescentes de mayor edad (Parra y Pérez, 2010). Debido a que no se encontraron más investigaciones en Chile que abordaran específicamente la variedad de prácticas sexuales adolescentes, se revisaron los resultados de investigaciones en el extranjero. Una investigación realizada en España se condice con lo expuesto anteriormente, evidenciando que, de una muestra de adolescentes de 3 institutos secundarios, un 32,3% mantuvo relaciones coitales con penetración. Las prácticas más comunes entre adolescentes fueron los besos en un 84% de los casos, y la masturbación en un 65% de los casos, y entre las menos comunes se encontró el sexo oral con un 27,1% de los casos y el sexo anal en un 8,3% de los casos (García-Vega, Menéndez, Fernández, y Cuesta, 2012).

Otro elemento común en las investigaciones revisadas corresponde a la utilización de modelos bivariados y regresiones logísticas para conocer los factores vinculados al inicio de la actividad sexual. Una investigación realizada en el CEMERA13, que utilizó la regresión logística en una muestra de 5.854 adolescentes de entre 12 y 19 años asistentes al centro, evidencia que los hombres tienen mayores chances de haberse iniciado sexualmente (3,4 veces la de las mujeres), a la vez que por cada año de edad adicional estas chances aumentan 20%. Para las adolescentes, las que conversan sobre temas de sexualidad solo con sus parejas tienen chances de haberse iniciados sexualmente que son 2,3 veces las de las que conversan con otras personas. A su vez, adolescentes con mala comunicación familiar tienen chances de haberse iniciado sexualmente que son el doble de quienes tienen buena comunicación familiar. Respecto de la diferencia de edad con la pareja, esta eleva las chances de haberse iniciado en torno a un 10% por año de diferencia (González, Molina, y Martínez, 2013). Otra investigación llevada a cabo en comunas de Santiago con un nivel socioeconómico bajo o medio, plantea que existiría una asociación positiva entre las probabilidades de tener relaciones sexuales y las quejas somáticas, y una asociación negativa con la presencia de depresión. La conducta de ruptura de reglas también estuvo asociada con las probabilidades de haber tenido relaciones sexuales. En el modelo multivariado completo, las variables parentales no fueron significativas, evidenciando que los problemas de salud mental jugarían un rol más importante que las relaciones familiares en este ámbito. Así, los autores plantean que es posible

¹³ Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago (http://www.cemera.cl).

que la relación entre familias y actividad sexual esté mediada por los problemas de salud mental (Sánchez et al., 2010).

De las investigaciones revisadas respecto al inicio de la actividad sexual y las prácticas sexuales en la adolescencia, se deduce que la proporción de adolescentes iniciados/as sexualmente tiende a ser baja en la adolescencia temprana y la adolescencia media, aumentando en las cohortes de edad correspondientes a la adolescencia tardía. Asimismo, el nivel socioeconómico se vincularía al inicio de la actividad sexual, iniciándose en mayor proporción quienes pertenecen a nivel socioeconómicos bajo. En el caso del diferencial según sexo, la mayoría, pero no todas, encuentra que los hombres se inician más temprano, y dentro de estas última hay algunas en que el diferencial no es estadísticamente significativo. Adicionalmente, algunos estudios señalan que el diferencial puede deberse a sesgos de género que influyen en la declaración frente a esta respuesta, siendo mucho más aprobado culturalmente que los adolescentes se declaren como iniciados. Con respecto a las motivaciones para iniciar la actividad sexual se encuentra una gama variada de experiencias, las cuales dejan desde sentimientos de satisfacción y conformidad a sensaciones de arrepentimiento y culpa. Finalmente, en relación con las prácticas sexuales, se observa que en la adolescencia temprana y media abundan las prácticas sexuales no genitales, y a medida que aumenta la edad de los y las adolescentes aumenta la preponderancia de las prácticas sexuales genitales y penetrativas.

De cualquier manera, la principal interrogante relacionada con la reproducción en la adolescencia, que refiere al calendario de la iniciación sexual, parece, según las investigaciones antes mencionadas, no tener novedades respecto del consenso de las última dos o tres décadas: una tendencia clara y sostenida al adelantamiento. Con todo, la experiencia reciente de varios países desarrollados, entre ellos los Estados Unidos, de inflexión de esta tendencia y gradual atraso de la iniciación sexual, no debiera descartarse a priori, por lo cual los datos frescos y de diversas fuentes que se examinarán en este estudio, permitirán actualizar este consenso. Ahora bien, considerando otro aspecto sobre el cual hay un consenso relativo entre los estudios –a saber, el de la desigualdad socioeconómica de esta iniciación, debido al debut más temprano de los, y, sobre todo, las pobres–, el análisis de datos de este trabajo prestará especial atención al punto, así como a las tendencias de esta iniciación por grupo socioeconómico.

3.2. Anticoncepción en adolescentes

Una segunda temática que predomina en las investigaciones revisadas refiere a la anticoncepción, abordando en específico los tipos de anticoncepción que los y las adolescentes conocen y utilizan, su efectividad para prevenir el embarazo y la protección frente al contagio de infecciones de transmisión sexual. Además, se tiende a analizar qué factores hacen que los y las adolescentes prefieran un método por sobre otro, siendo relevante a su vez la temática específica de la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción resulta fundamental de analizar, debido a que hay consenso en que es la variable intermedia más relevante en la actualidad, incluyendo a las adolescentes, aunque haya países en que esto no sea así (Rodríguez et al., 2017).

La investigación realizada por Rodríguez, Páez, Ulloa y Cox (2017) aporta datos interesantes con respecto a la incidencia del nivel socioeconómico en el uso de anticoncepción en adolescentes de



15 a 19 años, lo que permite dar un panorama general debido a que utilizan datos a nivel nacional. Se observa que, al analizar el uso de anticoncepción en la primera relación sexual para el 2009, un 43,6% de los hombres y un 38,1% de las mujeres del estrato socioeconómico E (el más pobre) había utilizado algún tipo de anticoncepción, mientras que un 80,2% de los hombres y un 75,6% de las mujeres del estrato socioeconómico ABC1 (el más acomodado) utilizó anticoncepción en su primera relación sexual. Al analizar el uso en la última relación sexual por niveles socioeconómicos para el mismo año, un 50% de los hombres y un 60,9% de las mujeres del nivel E había utilizado algún tipo de anticoncepción, mientras que en el nivel ABC1 un 89,7% de los hombres y un 63,8% de las mujeres usó algún anticonceptivo. En general, los resultados de este estudio sugieren que el uso de anticoncepción entre adolescentes se estaba expandiendo, pero que al menos hasta 2012 se encontraba muy por debajo de los niveles observados en los países desarrollados.

La investigación del Centro de Estudios Públicos citada anteriormente también aborda la temática de la anticoncepción en la adolescencia desagregando por método utilizado, señalando que el condón es el método más empleado por las y los adolescentes. Esto se evidencia en que un 91,9% de los hombres y un 71,9% de las mujeres de 15 a 16 años sexualmente activos/as lo utilizaron en su última relación sexual. En este mismo rango etario, las mujeres señalan haber usado la píldora anticonceptiva en un 17,9% de los casos, y los hombres en un 6,6%. En mujeres de 19 a 20 años la píldora anticonceptiva comienza a aumentar su uso en la última relación con un 43,5% de los casos, mientras que el condón disminuye a un 43% de los casos (Dussaillant, 2010). Los resultados de esta investigación se condicen con otros estudios que señalan que la forma preferida de anticoncepción para los y las adolescentes fue el condón y la píldora anticonceptiva (Sánchez et al., 2010). A su vez, una investigación que compara el uso de anticoncepción por sexo, evidencia que el condón es el método más identificado por los hombres, utilizado por un 95% de ellos, mientras que las mujeres lo utilizaban en un 41%, y, a la vez, mencionan identificar más la anticoncepción oral (Parra et al., 2013).

En cambio, otra investigación realizada con adolescentes que acuden a un centro de medicina reproductiva mostró que el método que más conocían era el inyectable mensual, con un 94% de los casos, luego venía la píldora anticonceptiva con un 92% y luego el implante, el inyectable trimensual y el DIU. En cuanto al uso, el inyectable mensual es el que más usan, en un 68% de los casos, mientras que la píldora anticonceptiva y el condón alcanzan un 37% y un 18% respectivamente (González, Breme, González, Molina, y Leal, 2017). Otra investigación con 2.811 adolescentes mujeres consultantes al mismo centro de medicina reproductiva, evidencia que el 81,1% utiliza el método anticonceptivo hormonal oral, y un 18,9% método anticonceptivo hormonal inyectable (González et al., 2009). Desde luego no se trata de estudios representativos nacionales y la muestra puede estar sesgada por la vinculación con el centro de atención.

Respecto de las características que asocian las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos, una investigación indica que el condón era considerado como el método más efectivo para prevenir las infecciones de transmisión sexual (González, Molina, y Luttges, 2015). Esta asociación del condón con la protección de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) es importante, debido a que según la Organización Mundial de la Salud (2009), está comprobado que los condones masculinos de látex son altamente eficaces para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH cuando se usan de manera correcta y consistente. En relación con esto, una investigación llevada a cabo con adolescentes pertenecientes a comunas de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, preguntó

a los y las participantes que acciones habían tomado para evitar un embarazo y/o una infección de transmisión sexual en la última relación sexual. Los y las adolescentes respondieron "sí" o "no" a una serie de métodos modernos y tradicionales que les fueron señalados, evidenciando en los resultados que de un total de 70% que reportaron haber iniciado actividad sexual, el 80% reportó haber utilizado anticoncepción, de los cuales un 64% usó un método anticonceptivo, mientras que el 32% utilizó dos métodos, y el 0,04% reportó haber utilizado tres métodos (Sánchez et al., 2010). Si bien esta investigación permitiría dar un indicio del uso de doble protección en adolescentes, es importante señalar que al no indicar qué métodos anticonceptivos se utilizan en conjunto no sería posible concluir que los y las adolescentes utilicen dobles métodos que sean efectivos para la prevención del embarazo y las ITS al mismo tiempo. Debido a que no se encontraron otras investigaciones que aborden la práctica de la protección anticonceptiva múltiple en el país, al revisar investigaciones en el extranjero, se encontró una investigación en España que se condice con los resultados expuestos. En dicha investigación se evidencia una baja prevalencia de la doble protección: sólo en un 7,7% de los casos presentes en la investigación (García-Vega et al., 2012).

La investigación más reciente revisada en relación con la anticoncepción, que analiza los indicadores de salud sexual y reproductiva adolescente en la ciudad de Concepción para el periodo 2010-2017, junto a la educación sexual recibida en los establecimientos, evidencia que ha existido un descenso del porcentaje de nacidos vivos en madres de menos de 20 años en esa comuna, llegando a tener para el 2017, 0 nacidos vivos de madres menores de 14 años. Analizando este descenso a la luz de los tipos de anticoncepción que predominan en la comuna, se evidencia un ascenso del método hormonal oral de un 71% a un 91%, mientras que, en el periodo estudiado, el uso del DIU y el condón ha ido disminuyendo, pasando de un 19% a un 2%, y de un 11% a un 5% respectivamente (Castro, Carrasco, Solar, Catrién, Garcés y Maricorena, 2019).

Según lo anteriormente expuesto se observa que existiría consenso en que la anticoncepción oral y el condón se encuentran entre los anticonceptivos que más conocen, y existiría un consenso parcial en relación con los anticonceptivos que más utilizan. Se observa que las investigaciones mencionan entre los anticonceptivos hormonales tanto a la anticoncepción oral como al inyectable mensual como los más utilizados. Con respecto al uso de condón es necesario mencionar que tiene un uso importante, aunque su efectividad para prevenir embarazos no sea la mayor y su tendencia sea a la baja (lo que es preocupante por la protección que ofrecen frente a ITS). Lo que se desprende como un consenso general en la literatura revisada respecto a esta temática, es que en adolescentes sexualmente activos predominarían los métodos de anticoncepción modernos y no los tradicionales.

Dentro de la temática de la anticoncepción, un subtema que resulta relevante se vincula con las motivaciones para utilizar anticoncepción y para elegir un método anticonceptivo, lo que permitiría acercarse a la comprensión de las tendencias anteriores en el uso. Se encontraron dos investigaciones que se enfocaron en esto, las cuales evidencian que los factores más relevantes para elegir un método se vinculan a evitar un embarazo, en un 90% de los casos, y que proteja de ITS en un 82,5% de los casos (González, Breme, González, Molina, y Leal, 2017). A su vez, prima la comodidad, referida a que el método no interfiera en su vida diaria (Severino, Velásquez, Rivera, y González, 2017), lo que en otra investigación se evidencia en que mencionan como relevante que no haya que recordar su uso en un 47% de los casos y que no interfiera en las relaciones sexuales en un 43% de los casos (González et al., 2017). Sugerentemente, hay diferencias entre adolescen-



tes que tienen pareja y las que no, ya que las que tienen pareja mencionan la preocupación por el embarazo adolescente como motivación principal para el uso de un método, mientras que las adolescentes sin pareja también utilizan la anticoncepción para regularizar los ciclos menstruales (Severino, Velásquez, Rivera, y González, 2017).

Al analizar lo anterior por método, se observa que tener que recordar el uso es un factor para no elegir la píldora anticonceptiva, mencionada por un 66% de las participantes de un estudio. A su vez, se observa que el miedo al dolor y la inserción del implante disuade su uso, mientras que las posibilidades de subir de peso disuaden el uso de los inyectables, favoreciendo el implante, el DIU y la píldora, con diferencias estadísticamente significativas (González et al., 2017). Por otro lado, al preguntarles cómo sería su anticonceptivo ideal, mencionan que debe ser poco invasivo, poseer efectos secundarios reducidos, que sea de larga duración y de fácil recordatorio (Severino et al., 2017).

En relación con la continuidad del uso de la anticoncepción, se analizó una investigación en Chile enfocada en este tema. Según los resultados de este estudio, no se encontraron diferencias por método anticonceptivo en cuanto a la continuidad en el uso, pero se encontró que las adolescentes que utilizaban la píldora anticonceptiva tuvieron un aumento de un 28% en el riesgo de abandonar el método versus las que utilizaban el método invectable. A su vez, se observa que con cada año de aumento en la edad de la adolescente el riesgo de abandono aumentó en un 13%, mientras que por cada aumento en una pareja sexual el riesgo de abandono creció en un 24%. En adolescentes que viven sin los padres, el riesgo de abandono aumentó en un 49% (González et al., 2009). Debido a que no se encontraron más investigaciones al respecto en Chile, se revisaron artículos en el extranjero que abordaran la continuidad de uso de anticonceptivos en adolescentes. A diferencia de la investigación anterior, un estudio en Estados Unidos realizado en 1.316 mujeres mostró una asociación entre la continuidad del uso del método y el método mismo. Si bien la continuidad para todos los métodos fue baja, fue significativamente más baja para las usuarias de parche y de inyecciones anticonceptivas, en relación con la píldora. La continuación en el uso del anillo fue comparable a la de la anticoncepción oral. Un resultado interesante en relación con el abandono del método refiere a que ser más joven estaría asociado en los resultados de esta investigación al abandono de la anticoncepción. Entre las razones más comunes para abandonar un método, se mencionan los efectos secundarios (Raine, et al., 2011). En este punto se encuentran divergencias con otra investigación, en donde se señala que, si bien las usuarias de métodos de larga duración reportan una mayor cantidad de efectos secundarios, no señalan este hecho como una razón para abandonar el tratamiento (Jarin, Dietrich, y Sangi-Haghpeykar, 2015). Otra investigación en Estados Unidos que se enfoca en la continuidad del uso de anticonceptivos muestra que la tasa más alta de continuidad en el uso de un método fue de 92% para mujeres de entre 14 y 19 años que habían tenido hijos que usaban implante, y la menor tasa de continuidad fue de 75% en usuarias nulíparas de entre 20 y 25 años. A diferencia del resultado de otra investigación, tener menos de 20 años no se asoció al abandono temprano de un método anticonceptivo (Abraham, Zhao, y Peipert, 2015).

Si bien no se revisaron más investigaciones en Chile que aborden la continuidad del uso de anticonceptivos en adolescentes, se encuentran dos vinculadas al tema de los efectos secundarios. Una investigación sobre uso y efectividad del implante anticonceptivo en adolescentes, evidencia que, de 62 mujeres usuarias, solo 5 casos solicitaron extracción del implante por efectos secundarios (Leal et al., 2016). Esto se condice con los resultados de otra investigación realizada en el país, la cual señala que, de 105 mujeres usuarias del implante, solo 14 reportaron tener efectos secundarios, y sólo 7 solicitaron que se les removiera por reacciones adversas (González, Montero, Verges, y Leal, 2011).

De lo anteriormente presentado se desprende el consenso entre las investigaciones en Chile con respecto a que una de las razones más relevantes para escoger un método anticonceptivo refiere a evitar el embarazo en la adolescencia. A su vez, las adolescentes mencionan como un criterio relevante la comodidad del método, es decir que tenga una interferencia baja en su vida diaria, mencionando que el método anticonceptivo ideal debería ser de larga duración y de fácil recordatorio. Investigaciones en Chile muestran que los efectos secundarios no se presentarían en la mayoría de los casos, y de presentarse, no serían una razón para descontinuar el método anticonceptivo escogido. Al hablar de la continuidad del uso, la investigación en Chile muestra que el aumento en la edad de la usuaria aumenta la chance de abandono del método, mientras que, observando el método, la investigación señala que las usuarias de pildora anticonceptiva tienen mayor probabilidad de abandonar el método que las usuarias de inyección. Respecto a los resultados encontrados, resulta relevante analizar la experiencia de un programa en Estados Unidos, llamado CHOICE, que busca eliminar las barreras de acceso a métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, ya que, por las características mencionadas por las adolescentes chilenas, estos métodos se ajustarían de mejor manera a sus necesidades.

Entre las adolescentes participantes del programa, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las edades y la elección de métodos reversibles de larga duración, en dónde el rango etario de 14 a 17 los escogieron en un 77,5% de los casos, y las de 18 a 19 años en un 68,4%. El implante fue el método más escogido en el rango etario menor, mientras que el DIU fue el método más elegido entre las adolescentes mayores. En esta intervención, los datos evidencian que la continuidad en el uso de métodos de larga duración fue mayor a los métodos no hormonales. Al analizar los resultados de embarazos, partos y abortos en la población adolescente participante del programa, y compararlos con los datos nacionales, se obtuvieron cifras menores en todos estos eventos (Secura, Malden, McNicholas, Mullersman, y Buckel, 2014). En relación con los resultados de este programa, se puede aseverar que el fomento del uso de métodos reversibles de larga duración se plantearía como una opción para satisfacer las necesidades y preferencias anticonceptivas de las adolescentes, y al mismo tiempo, cumplir el objetivo de una de las razones principales para solicitar la anticoncepción, referida a la prevención del embarazo adolescente.

Otro elemento relevante que abordan algunas investigaciones se vincula con el uso de la anticoncepción de emergencia y las razones de las usuarias para solicitarla. Una investigación que utiliza datos de la Encuesta Nacional de la Juventud de los años 2003 a 2015, analiza el descenso de la fecundidad entre adolescentes y jóvenes a la luz del uso de la anticoncepción de emergencia y otros métodos anticonceptivos. Los resultados evidencian un aumento en la solicitud de anticoncepción de emergencia entre los años 2009 a 2012, lo que desde la perspectiva de los autores se podría vincular a la eliminación de la prohibición de la entrega de la anticoncepción de emergencia durante el año 2010. A su vez, los datos evidencian que el aumento del uso de la anticoncepción de emergencia se correlaciona con un aumento en el uso de métodos modernos y altamente efectivos, y el descenso del uso de métodos tradicionales. En función de aquello los investigadores concluyen que el descenso en la fecundidad podría estar vinculado con las políticas de anticoncepción que han sido implementadas durante los últimos años (Nuevo-Chiquero y Pino, 2019). Al analizar las



razones para solicitar anticoncepción de emergencia, una investigación realizada en un centro médico que entrega este servicio sostiene que, de las 2.030 consultas por la píldora anticonceptiva de emergencia, un 49,8% fueron por no uso de anticonceptivo, y un 49,6% por uso incorrecto del anticonceptivo. De las solicitantes, el 71,7% no había utilizado la anticoncepción de emergencia antes, y los datos indican que el uso frecuente es muy bajo. A su vez, las usuarias mencionan que existen barreras para la entrega de la píldora en el sector púbico, por lo que deben acudir a centros médicos privados para conseguir anticoncepción de emergencia (Schiappacasse, Bascuñan, Frez, y Cortés, 2014). Otra investigación en Chile respecto a esta temática, que utiliza datos sobre las consultas de anticoncepción de emergencia del Sistema Nacional de Servicios de Salud señala que la demanda de anticoncepción de emergencia en el sector público se concentra en el quintil más bajo de ingresos, situación que se vincularía a que los quintiles de mayores ingresos poseen una tendencia a atenderse en el sector privado (Morán, 2013).

Al revisar investigaciones en el extranjero en relación con la temática de la anticoncepción de emergencia, se observa que, en una investigación realizada en España, un 73% de los casos de las consultas por anticoncepción de emergencia son por rotura del preservativo. En esta investigación resulta relevante resaltar que las adolescentes señalan que mientras más cercanía afectiva poseen con la persona con quien mantienen la relación sexual, es menor la percepción de riesgo. Así, estando en pareja estable el preservativo se percibe como una "barrera a la espontaneidad". De esta forma, los autores mencionan que la proximidad emocional proporciona una sensación de seguridad frente al contagio de infecciones de transmisión sexual, mencionando a su vez que al tener una pareja sexual habitual la preocupación se concentra en evitar el embarazo (Antona y Madrid, 2009), lo que se condice con los resultados de una investigación en Chile revisada anteriormente (Severino et al., 2017). Sería interesante indagar con respecto a esto en futuras investigaciones en Chile, debido a que se amplían los factores asociados al uso de anticoncepción, incluyendo elementos ligados a la emocionalidad que los y las adolescentes asocian a cada método, lo que puede dar claves con respecto a la forma de abordar la anticoncepción en los programas de educación sexual.

3.3. Educación sexual y atención en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes

La tercera temática vinculada a la fecundidad adolescente que abordan las investigaciones revisadas refiere a la educación sexual recibida por los adolescentes, analizando las fuentes donde obtienen la información, su opinión sobre la formación recibida en las escuelas, y la comodidad que sienten al tratar estos temas tanto en escuelas como en centros de salud. Si bien esta temática no corresponde a un determinante próximo de la fecundidad como las dos anteriores, es relevante analizarla en el contexto chileno debido a las iniciativas llevadas a cabo durante los últimos años que buscan posicionar la salud adolescente como una temática relevante, enfatizando en particular en el área de salud sexual y reproductiva.

Dos investigaciones realizadas con adolescentes e informantes claves que trabajan con adolescentes indican que desde la percepción de éstos la información recibida desde las escuelas se centra casi exclusivamente en los aspectos biológicos y la genitalidad (Macintyre, Montero, y Sagbakken, 2015;

Obach, Sadler, y Jofré, 2017). Al entregar educación sexual, las escuelas se enfocan particularmente en el embarazo, la anticoncepción, y la transmisión de ITS y no entregan información con respecto a cómo comunicarse con la pareja para negociar el uso de anticonceptivos ni demostraciones de cómo utilizar el condón, temas que los y las adolescentes consideran relevantes. Por otra parte, en la misma investigación mencionan que al recibir información sobre anticoncepción de emergencia en las escuelas, se analiza desde un punto de vista moral, enfocándose en responsabilizar y culpar a los y las adolescentes por haber tenido sexo sin protección (Macintyre, Montero, y Sagbakken, 2015). Existiría un consenso respecto a este ámbito, debido a que otra investigación realizada en el país evidencia que los y las adolescentes señalan que las herramientas de prevención que reciben en las escuelas no son adecuadas, quedando ciertos vacíos en el tema que resuelven educándose por internet y redes sociales (Obach, Sadler, y Jofré, 2017). Según resultados de una investigación comparativa realizada en Antofagasta, Chile y Ocotlán, México, tanto en las escuelas de México como de Chile predominaría una posición discursiva biomédica al abordar la sexualidad, debido a la preocupación por el crecimiento de ITS y la necesidad de reducir los índices de natalidad adolescente en Latinoamérica, privilegiando elementos biológicos por sobre los emocionales para tratar el tema (Contreras y Lisboa, 2017).

La Encuesta Nacional de la Juventud aporta datos a nivel nacional de la percepción de adolescentes y jóvenes sobre la educación sexual recibida en los establecimientos educativos. La 9° ENJ (2018) evidencia que, en una muestra de 9.067 jóvenes que han cursado por lo menos un nivel de enseñanza media, la educación sexual es el aspecto peor evaluado de los establecimientos educativos, obteniendo una puntuación de 4,4 en una escala de 1 a 7, donde 1 es pésimo y 7 es excelente (Instituto Nacional de la Juventud, 2019a). Esta evaluación negativa se evidencia también en las encuestas de años anteriores, específicamente el 2012 y 2015, donde la educación sexual obtuvo el mismo puntaje (4,4) posicionándose como el aspecto peor evaluado a lo largo de los años (Instituto Nacional de la Juventud, 2019b). Si bien no se profundiza en las razones de esta evaluación negativa, se percibe un descontento general entre adolescentes y jóvenes sobre la formación en sexualidad que están recibiendo.

Al analizar en qué edades los y las adolescentes reciben educación sexual en las escuelas, una investigación realizada en un centro de salud sexual y reproductiva señala que, de 1.232 adolescentes, el 22,4% recibió sus primeros temas de sexualidad en 8vo básico, el 35% en 7mo básico y el 12% en 6to básico. El 43% reporta que el primer tema abordado fue sobre prevención de embarazo e ITS, el 37,9% señala que fueron aspectos biológicos y de reproducción, un 9,7% afectividad y pololeo, y 9,4% indica otros. Al cruzar tiempo transcurrido entre información en sexualidad recibida en el colegio y la edad de inicio de la actividad sexual, se observa que el 15,9% recibió esta información en el momento o posterior a este inicio. Analizando por uso de métodos anticonceptivos, se observa que para las que no utilizaron un método antes de acudir al centro, un 20,6% había recibido información sexual escolar tardía (González et al., 2015).

Por otra parte, una investigación realizada en 51 establecimientos educativos de la comuna de Concepción, 500 km al sur de Santiago, que buscaba evaluar el impacto de las políticas de educación sexual implementadas en Chile, evidencia que el 90% incorporó el currículum de educación sexual en 6to y 7mo básico (primaria de 8 grados en Chile), mientras que el 82% lo incorporó en 2do y 3ro medio (secundaria de 4 grados en Chile). El 80% de los establecimientos ha implementado iniciativas propias, y el 84% ha recibido asesoría externa sobre educación sexual. Con respecto



a los programas de educación sexual, en el periodo estudiado que comprende desde el 2010 al 2017, un 43% de las escuelas ejecutó alguno de los programas propuestos por el Gobierno de Sebastián Piñera durante el 2011. El programa más incorporado fue el "Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS)" en un 45% de los establecimientos, seguido por el programa "Teen Star" en un 18% y el programa "Aprendiendo a querer" en un 14% de los establecimientos. En el 59% de los establecimientos el profesor/a encargado/a de desarrollar los contenidos de los programas fue la jefatura, seguido por profesor/a de biología en un 53%, luego orientador/a en un 27% y finalmente profesor/a de filosofía en un 24%. Los establecimientos educativos que cuentan con asesorías externas en materia de sexualidad la reciben por parte de matronas/es en un 65% de los casos y por los CESFAM (Centros de Salud Familiar, nivel primario de salud) en un 39% de los casos. En relación con los programas de educación sexual, la investigación evidencia que del 2014 al 2017 ha habido un descenso en los establecimientos que incorporan los programas propuestos por el gobierno, y un marcado ascenso en la implementación de iniciativas propias. Respecto a los contenidos de educación sexual implementados destaca el "Autocuidado-Conociendo mi cuerpo" en un 39% de los establecimientos, "Infecciones de transmisión sexual" en un 37% de los casos, v "Violencia sexual v de género" también en un 37% de los casos. Los contenidos menos incorporados refieren a "Educación en valores y familia", 12% de los establecimientos, "Autoestima" (10% de los establecimientos y "Derechos sexuales y reproductivos" (2% de los establecimientos), (Castro, et al., 2019).

En función de lo revisado, pareciera que los contenidos sobre educación sexual se implementan, en su mayoría, a partir de 7mo básico. Pero no es claro qué contenidos se priorizan, pues algunos estudios indican que serían los de orden biológicos, mientras que otros encuentran que serían los relativos al autocuidado. Por otra parte, hay acuerdo en que la implementación de iniciativas propias de los establecimientos en materia de educación sexual ha ido en aumento, a expensas de los programas oficiales establecidos en 2011. De cualquier manera, es evidente que: i) no existe uniformidad, o al menos contenidos mínimos compartidos, de la educación sexual que reciben los y las adolescentes, quedando a criterio del establecimiento los elementos relevantes de incorporar; y ii) no hay un sistema oficial estandarizado de monitoreo del conocimiento y aprendizaje escolar en este tema.¹⁴

Otro sector que ofrece información sobre salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes es el de la salud. En Chile, tal como se explicó anteriormente, la iniciativa gubernamental de Espacios Amigables se constituye como el espacio destinado a la atención de los y las adolescentes en este tema, incluyendo promoción y consejería. Se encontraron dos artículos que abordan el funcionamiento de los Espacios Amigables desde la perspectiva de adolescentes que concurren a ellos y de los profesionales presentes en este espacio. Las investigaciones evidencian que la información en estos espacios es más clara y precisa que la de las escuelas (Obach, Sadler, y Jofré, 2017; Obach, Sadler, Aguayo, y Bernales, 2018). Sin embargo, se observa que la mayoría de los y las adolescentes no conoce estos espacios y tienen dudas en relación con las modalidades de atención (Obach, Sadler, y Jofré, 2017). La distancia con los servicios de salud es aún mayor para los hombres, quienes se acercan solo en caso de emergencia a estos establecimientos, acudiendo en general a los hospitales. Esta distancia no se da solo por parte de los adolescentes varones, sino que se manifiesta en los

¹⁴ Esto coincide con las opiniones captadas por las Encuestas Nacionales de Juventud, en las cuales el aspecto educativo peor evaluado a lo largo de la serie es la educación sexual, www.injuv.gob.cl/storage/docs/IX_ENCUESTA_NACIONAL_DE_LA_JUVENTUD_2018.pdf (p.40).

profesionales de salud quienes tienen más dificultades en la atención de los hombres (Obach, Sadler, Aguayo, y Bernales, 2018). Otro elemento relevante que se desprende en estas investigaciones refiere a que los y las adolescentes valoran las instancias de asesorías realizadas por profesionales de la salud al interior de las escuelas, ya que depositan confianza en estos profesionales para las temáticas de salud sexual y reproductiva y en gran parte de los casos, es la única instancia donde se acercan a profesionales de la salud (Obach, Sadler, y Jofré, 2017). Ambos artículos también analizan en específico dos experiencias, llevadas a cabo en las comunas de nivel socioeconómico mediobajo de Melipilla y Lo Prado, en dónde los Espacios Amigables se sitúan fuera de los servicios de salud, y en el caso particular de la comuna de Lo Prado, se introdujo un Espacio Amigable en una escuela. Las investigaciones evidencian que situar los Espacios Amigables fuera de los servicios de salud podría tener algunos efectos favorables, como un mayor acercamiento de los adolescentes varones, v en el caso del espacio instalado dentro de una escuela se consiguió una mayor cercanía en la atención y coordinar la educación recibida en la escuela con la información entregada por los profesionales de la salud (Obach, Sadler, y Jofré, 2017; Obach, Sadler, Aguayo, y Bernales, 2018). Así, se puede concluir que el trabajo intersectorial entre el establecimiento de salud y el educativo se presenta como una alternativa prometedora para permitir que los y las adolescentes se acerquen a los servicios de salud, y para unificar la información que se les entrega a los y las adolescentes evitando contradicciones y vacíos en la información.

Más allá de los debates que persisten sobre la efectividad de la educación sexual para cambiar conductas y no solo aumentar conocimientos, si acaso (Kirby, 2001; Ramos de Moura, et al., 2013; Alpizar, Rodríguez y Cañete, 2014; UNFPA, 2015a y 2015b; UNESCO, 2015 y 2017), no hay duda de que la implementación de esta es un requisito para la toma de decisiones informadas y empoderadas, así como para el uso adecuado de medios anticonceptivos. Entonces, los rezagos en esta materia resultan relevantes para el contexto chileno, donde los avances en materia de acceso a la anticoncepción son elocuentes, aunque aún existen barreras importantes que remover, pero la regularidad y efectividad de su uso puede verse afectada por la falta de conocimiento, consejería y concientización sobre sexualidad y reproducción desde una perspectiva integral.

A modo de cierre, se presentan los principales disensos y consensos presentes en la literatura respecto a cada subtema encontrado. En relación con la temática de inicio de la actividad sexual y de las prácticas sexuales en adolescentes, la mayoría de las investigaciones ratifican diferencias según edad, sexo y nivel socioeconómico relativamente conocidas, aunque aquellas por sexo y nivel socioeconómico no se verifican en todas las fuentes y/o investigaciones. Sobre la tendencia de esta iniciación hay pocos estudios poblacionales recientes, pero hasta mediados de la década de 2010 todas las fuentes sugerían un adelantamiento. Respecto a las motivaciones para el inicio de la actividad sexual se evidencia una amplia gama de situaciones que motivan a los y las adolescentes a experimentar actividad sexual, dejando tanto experiencias positivas como negativas en función de los sentimientos que asocian a la experiencia. Finalmente, en relación con las prácticas sexuales, se observa que en la adolescencia temprana y media predominan las prácticas sexuales no genitales, y a medida que aumenta la edad de los y las adolescentes, aumentaría la proporción de las genitales y penetrativas.

Las investigaciones que analizan la anticoncepción en adolescentes revelan que predominan los métodos modernos, siendo más utilizados los hormonales por sobre los métodos de barrera como el condón. Si bien no existe consenso respecto al método hormonal predominante, se menciona



la anticoncepción oral y el inyectable entre los métodos más utilizados. A su vez, se observa que, según la literatura revisada, los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración no son ampliamente utilizados por adolescentes. Una de las principales motivaciones para utilizar anticoncepción refiere a evitar el embarazo adolescente. A la luz de estos resultados, se podría analizar el descenso en la fecundidad adolescente como una consecuencia de la reducción de su deseabilidad que logra ser satisfecha, al menos parcialmente, por la expansión del acceso a anticoncepción y la paulatina transición hacia métodos más eficientes. En la temática de educación sexual, las investigaciones indican que no existe uniformidad en los contenidos entregados por los establecimientos educacionales, y a su vez señalan que en muchos casos los y las adolescentes poseen vacíos de información en relación con esa temática, optando informarse por vías alternativas. Un elemento relevante presente en los artículos revisados refiere a que las estrategias intersectoriales entre salud y educación son las más efectivas para acceder al público adolescente y permitir incluir dentro de la educación sexual a los adolescentes varones. De esta forma, el sistema educativo todavía presentaría deficiencias para poder entregar una educación sexual efectiva en las escuelas.

Entre las investigaciones analizadas, se encontró sólo una que vinculaba directamente las temáticas de anticoncepción, educación sexual y fecundidad adolescente, por lo que resulta un caso interesante de observar con detenimiento. Como ya se planteó anteriormente, esta investigación fue realizada en la comuna de Concepción durante el 2019, buscando analizar el descenso en el indicador de fecundidad adolescente en esta zona en el periodo 2010–2017, a la luz del aumento del uso de métodos de anticoncepción hormonales, la disminución en el uso del condón y el ascenso de la preferencia de los establecimientos educativos por utilizar sus propios programas de educación sexual. Para fundamentar esta relación en datos, analizan la correlación de Pearson entre el aumento de la población adolescente con cobertura de métodos anticonceptivos hormonales y la disminución de nacidos vivos de madres adolescentes, lo que entre una cifra de –0,87 (Castro, et al., 2019), evidenciando que la disminución de la fecundidad se vincularía al aumento de la población adolescente con cobertura anticonceptiva. Para evaluar efectivamente este panorama a nivel nacional, sería necesario contar con una mayor cantidad de estudios que analicen este panorama a nivel país y no solamente en una comuna.

Finalmente, es necesario acotar que, de las investigaciones seleccionadas en Chile, 8 fueron realizadas en el mismo espacio, correspondiente al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), ubicado en la comuna de Independencia en la ciudad de Santiago. Esta situación se justifica en la medida que existe una reducida gama de centros de salud dedicados en particular a la atención de la población adolescente, por lo que este espacio se posicionaría como una puerta de entrada a datos y contacto directo con los y las adolescentes en temas de salud sexual y reproducción. De todas formas, es necesario precisar que, al concentrarse varias investigaciones sobre un mismo espacio, los datos podrían no necesariamente ser representativos de la situación del país en general. Así, resulta imperativo aumentar la cantidad de estudios en esta materia que diversifiquen los espacios en que se realicen, permitiendo acceder a un mejor panorama sobre la realidad general del país en la temática de fecundidad adolescente.

Intensidad de la reproducción de la adolescencia: elementos metodológicos y resultados

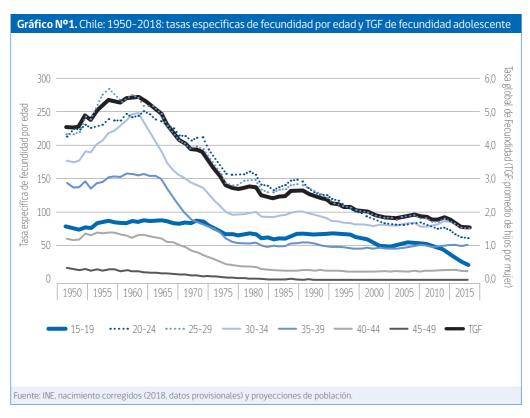
4.1. La tasa de fecundidad adolescente

Como ya se indicó, un conjunto de evidencia sugiere una caída importante de la tasa específica de fecundidad adolescente durante la década de 2010. Las estadísticas vitales, que son de relativamente buena calidad en Chile, han sido la fuente principal para esta conclusión. Y los últimos datos disponibles parecen corroborarlo completamente (Gráfico 1). En efecto, el primer vistazo revela una marcada caída de todas las tasas específicas de fecundidad desde mediados de la década de 1960 (con una corta inflexión ascendente en 1970-1972), lo que se expresa en una baja significativa y sostenida de la tasa global de fecundidad desde un máximo del orden de 5,5 hijos/as por mujer a inicios de la década de 1970 a una tasa del orden de 1,6 en 2018 (línea negra gruesa en el Gráfico 1), es decir una merma del 71% y con un nivel actual bastante inferior al de reemplazo -que corresponde a una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 2,1, bajo varios supuestos, eso sí-. Este proceso corresponde a la transición de la fecundidad en el marco de la transición demográfica.

Entre las tasas específicas de fecundidad (TEF), la de adolescentes (TEFA, 15 a 19, línea azul más gruesa en el Gráfico 1) destacó durante buena parte del período de observación por su resistencia inicial a la baja, luego su descenso mucho más moderado que en las otras edades y, sobre todo, por registrar períodos no menores de inflexión al alza. Estas alzas nunca implicaron retornar al nivel pre-transicional. En todo caso, este nivel por ningún momento superó el 100 por mil, a diferencia de varios países de América Latina, como Nicaragua, Honduras, República Dominicana, Guatemala y Ecuador entre otros, que superaron largamente tal nivel (Rodríguez Vignoli 2014a y 2014b. United Nations, 2019)¹⁵. A mediados de la década de 2000 como, la TEFA se empinaba por sobre el 60 por mil, marcando una reducción de solo 25% respecto del momento inicial de la transición, contra descenso del orden del 80% en otras edades. Además, en esta década volvió a registrar una inflexión al alza durante algunos pocos años.



Sin embargo, desde 2008 en adelante registra una caída sistemática que se acelera notablemente desde 2012. De hecho, en tan solo 6 años (2012-2018) cayó más de un 50%, y llegó este último año a 23 por mil, por lejos la cifra más baja de América Latina, cuyo promedio es del orden de 60 por mil en la actualidad (United Nations, 2019).



Nota: Tasa de 15 a 19 incluye nacimientos de menores de 15. Tasa de 45-49 incluye nacimientos de mayores de 49. Nacimientos con edad de la madre ignorada fueron prorrateados.

La TEFA es un indicador importante y técnicamente sólido (de hecho, es el indicador 3.7.2 de los ODS junto con la tasa de 10–14), para medir avances en materia de salud sexual y reproductiva¹⁶. Pero tiene varias limitaciones que deben ser enfrentadas y superadas mediante el uso de indicadores complementarios. Entre estas limitaciones destacan: i) su interpretación no es intuitiva ni ampliamente conocida; ii) puede descender sin que se reduzca la probabilidad de ser madre en la adolescencia, tal como se ha explicado en otras publicaciones (Rodríguez, 2014); iii) mientras su numerador puede estar muy cercano a la realidad en países con buenos registros vitales (como es el caso de Chile) su denominador puede alejarse de la realidad a medida que la estimaciones

¹⁶ Más información en: https://unstats.un.org/sdgs/METADATA?Text=&Goal=3&Target=3.7.

y proyecciones de población que se usan como tales, se desactualizan¹⁷, en cuyo caso las tasas estarán sub o sobre estimadas dependiendo de la sub o sobre estimación de la población media del período (denominador de la tasa); y, iv) la tasa se calcula para el grupo 15–19 porque la información base sobre nacimientos se presenta agrupada quinquenalmente, pero la realidad demográfica, biológica y social dentro de ese grupo difiere significativamente según la edad simple, por lo cual indicadores por edad simple son imprescindibles.

Por todo lo anterior, cabe usar medidas alternativas y complementarias de la TEFA como: i) porcentaje de madres del grupo 10–14 y 15–19 y por edad simple; ii) porcentaje de madres del grupo 19–20 como aproximación a la probabilidad de haber sido madre en la adolescencia; iii) porcentaje de madres con 2 o más hijos para estimar embarazo/reproducción subsecuente; y iv) promedio de hijos a cada edad simple (paridez acumulada), etc. Esto se hace de forma sistemática en los próximos puntos, aun cuando la TEFA se volverá a usar a continuación y también en otras secciones, en particular en el caso de la desigualdad social de la reproducción adolescente. Con todo, cabe mencionar que en ambos casos la TEFA será calculada mediante métodos indirectos y no mediante métodos directos, como los usados en el Gráfico 1.

De hecho, en el Cuadro 1 se presentan los resultados de tres métodos indirectos aplicados a los datos de los censos de 2002 y 2017 que ratifican plenamente la fuerte baja de la fecundidad adolescente en los últimos años. Desde un 66 por mil en 2002 (60 por mil según estadísticas vitales en 2001 que es el año más equivalente para comparación) a un 40 por mil en 2017 (33 por mil según estadísticas vitales en 2016 que es el año más equivalente para comparación). Este último número podría ser incluso inferior si se aplica un procedimiento más sofisticado que el P/F tradicional de Brass (o al menos, más independiente de los supuestos de P/F, que no se cumplen en el caso de Chile, precisamente por la fuerte caída de la fecundidad en la adolescencia y juventud), denominado Gompertz relacional-sintético. Este usa datos de dos observaciones, a diferencia de P/F tradicional de Brass que solo usa una observación¹8. Este procedimiento presenta un desempeño incluso mejor en el caso de la fecundidad total, pues es el único que virtualmente coincide con las estadísticas vitales.

Cualquiera sea el caso, el aporte de estos métodos indirectos es más bien secundario en el caso de las estimaciones nacionales, por cuanto las estadísticas vitales ya ofrecen, como se dijo, estimaciones relativamente certeras y anuales. Además, parece claro que entregan valores sobreestimados, ¹⁹ lo que parece deberse al no cumplimiento del supuesto de fecundidad estable, que afecta in-

¹⁷ En Chile no hay registros continuos, en particular en materia de migración sobre todo interna, por lo cual no existe una estimación directa de la población residente. Estas se obtienen mediante ejercicios de estimaciones y proyecciones demográficas que usan varias fuentes, supuestos y procedimiento de ajuste. Una de las fuentes fundamentales es el censo y el fracaso del censo de 2012 implicó una desactualización de las estimaciones y proyecciones superior a lo usual.

¹⁸ Más detalles sobre estos procedimientos en Moultrie, T., Dorrington, R., Hill, A., Hill, K., Timæus, I., y Zaba, B. (Ed.). (2013). Tools for Demographic Estimation. Paris: International Union for the Scientific Study of Population. http://demographicestimation.iussp.org/files/TDE_2013_2ndImpression.pdf

¹⁹ Con el propósito de evaluar si esta sobreestimación pudiera deberse al efecto de la inmigración internacional, por la llegada masiva de mujeres inmigrantes con una biografía relativamente intensa en materia reproductiva, se efectuaron estimaciones separadas para chilenas e inmigrantes tanto de toda la vida como recientes (pregunta sobre lugar de residencia 5 años antes). Estas estimaciones permiten concluir que la inmigración no explica esta sobreestimación, pues las inmigrantes registran sistemáticamente una menor fecundidad que las nativas.



cluso a las edades jóvenes.²⁰ Con todo, cabe dejar constancia del valor de estos procedimientos indirectos para otro asunto que será abordado más adelante. Se trata de la desigualdad social y territorial de la fecundidad. Como ya se indicó, las estadísticas vitales no son muy útiles en este caso porque presentan problemas en uno o los dos componentes del cociente, y cuando se trata de problemas en numerador y denominador, normalmente no se anulan entre sí. Parte importante de estos problemas se deben al uso de fuentes diferentes para numerador y denominador. Por ello, el uso de una única fuente, como es el caso de los métodos indirectos basados solo en el censo, puede ser una alternativa, eventualmente la única, para indagar en la desigualdad de la TEFA y de la fecundidad en general. Entonces, estos métodos serán usados para estimar la desigualdad entre grupos educativos y su evolución durante el siglo XXI, y también la desigualdad territorial, en cuyo caso se usará la comparación entre tres comunas del Gran Santiago representativas de tres niveles socioeconómicos. Considerando la mayor precisión que deriva del procedimiento Gompertz relacional-sintético, este se usará para el análisis antes indicado.

Cuadro Nº1. Chile: 1992	017: tasas específicas de fecundidad por edad y tasa global de fecundidad ca	lculadas con
métodos indirectos (tres	étodos diferentes en 2017)	

	P/F trac	P/F tradicional 2017				
Grupo de edad	2002	2017	Gompertz relacional. Todas las mujeres	Gompertz relacional con mujeres de fecundidad ignorada excluidas	Gompertz relacional- sintético 2007 y 2012 (interpolación lineal 2002-2007). Todas las mujeres	Gompertz relacional- sintético 2007 y 2012 (interpolación lineal 2002-2007). Mujeres de fecundidad ignorada excluidas
15-19	65,9	39,8	40,6	46,3	34,3	39,9
20-24	105,3	91,2	100,5	104,8	93,9	97,0
25-29	110,2	108,7	109,3	109,7	97,6	95,9
30-34	92,8	113,2	93,7	92,4	76,4	73,6
35-39	53,3	74,9	68,3	66,9	49,3	47,2
40-44	15,9	22,0	31,2	30,6	19,0	18,3
45-49	1,5	1,7	3,9	3,9	1,8	1,8
TGF	2,2	2,3	2,2	2,3	1,9	1,9

Fuente: Censos nacionales de población (microdatos). Cálculos propios.

Nota: El manejo de los ignorados es importante como se explicará más adelante al abordar el indicador de maternidad. De cualquier manera, en línea con la evidencia y los consensos científicos sobre la materia, la estimación más pertinente para el caso de adolescente es la que considera los casos ignorados, es decir que los imputa a nuliparidad (cero hijos/as).

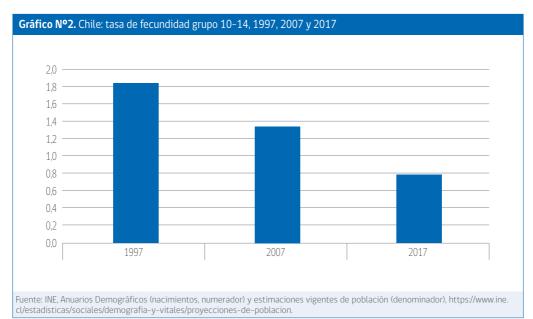
Para concluir este apartado sobre fecundidad en la adolescencia, es fundamental resaltar un grupo no mencionado hasta ahora por limitaciones de información, pero que debe estar en el centro de la preocupación y la política públicas, por lo que significa e implica. Se trata de las niñas menores de 15 años, para quienes el embarazo, parto y crianza es particularmente disruptivo y en casi todos los casos se asocia a vulneración extrema de derechos, incluyendo abuso, violencia y violación. Por estas relaciones y daños, la única meta justificable es erradicar el embarazo en este grupo, tal

²⁰ La excepción es el Gompertz relacional-sintético que al tener dos puntos de referencia está menos afectado por la tendencia de la fecundidad. Cabe mencionar que en su aplicación se interpoló linealmente la paridez y la tasa específica de fecundidad observadas (tasa con edades impropias) para llevarlas de 2002 a 2007 y así poder aplicar el procedimiento que requiere una temporalidad de 5 ó 10 años entre las dos observaciones.

como ya se plantea para la unión temprana en la meta 5.3 de los ODS: "Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina" ²¹

En los últimos años, Chile avanzó en esa dirección. En efecto, de forma concomitante al descenso de la fecundidad adolescente (15–19) cayó fuertemente la fecundidad de niñas menores de 15 años. Durante casi dos décadas se registraron en torno a 1.000 nacidos vivos cuya madre era una niña menor de 15 años²² y esa cifra se convirtió en una suerte de piso que parecía imposible de quebrar. Pero durante la década de 2010 se perforó y cayó rápidamente hasta llegar a 472 en 2017. De esta manera, la tasa de este grupo pasó de 1,8 por mil en 1997 a 0,8 por mil en 2017 (Gráfico 2).

Pero esta cifra aún está lejos de cero. Se trata aún de centenares de casos que representan un atropello a derechos básicos, un casi seguro truncamiento de opciones y proyectos vida, de riesgos de distinto tipo enormes y altas probabilidades de transmisión intergeneracional de situaciones problemáticas. Por ende, no cabe más que perseverar hasta logra la meta de ninguna niña-madre.



²¹ https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202019%20refinement_Spa.pdf.

²² Más información en: https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones.



4.2. La maternidad adolescente

En el Cuadro 2 se presenta el porcentaje de madres del grupo 15 a 19 y el porcentaje de madres del grupo 19 y 20. El primero corresponde al indicador más usado para ilustrar la maternidad adolescente y por eso se utiliza, pero tiene limitaciones técnicas por agrupar edades con comportamientos muy disímiles en materia reproductiva y por no ofrecer una referencia precisa sobre la probabilidad de ser madre una vez concluida la adolescencia (aunque evidentemente tenga una estrecha relación con ella, así como con la TEFA, como demuestra Rodríguez (2014)). El segundo, en cambio, acota las edades y bajo un supuesto de linealidad en el comportamiento reproductivo entre las edades 19 y 20 (que no es del todo correcto, pero su desviación no es tan significativa) ofrece una estimación de la probabilidad de haber sido madre durante la adolescencia para la población que acaba de concluirla al momento de la medición (censo o encuesta).

Los resultados vuelven a ser categóricos. En primer lugar, el censo ratifica la resistencia a la baja de la reproducción adolescente durante las dos últimas décadas del siglo XX. De hecho, el porcentaje de madres del grupo 15–19 aumentó sistemáticamente entre 1982 y 2002, llegando este último año a una cúspide de 12,3%. Este dato se ratifica si el cálculo se realiza excluyendo las mujeres que no declararon fecundidad, en cuyo caso el porcentaje de madres del grupo 15 a 19 habría llegado al 15,3% en 2020.²³ Interesantemente este aumento no se verifica, al menos en su forma sistemática, en el caso del grupo 19–20 (cuyo valor máximo se alcanza en el censo de 1992 con un 28,6% considerando a todas las mujeres y un 33,3% excluyendo los casos ignorados), lo que revela que el aumento del grupo 15–19 se debió al incremento del porcentaje de madres en las edades inferiores de la adolescencia (menores de 18 años).

Dicho lo anterior, el Cuadro 2 muestra un cambio radical en el período 2002-2017, más concretamente una baja significativa para ambos porcentajes y en ambas maneras de considerar los casos ignorados. Y la baja es tan pronunciada que ambos porcentajes pasan a situarse bien debajo de los registrado en 1982. Y los valores observados son los menores de toda América Latina, de acuerdo con la base de datos MATERNILAC de CEPAL²⁴

Por su parte, la encuesta CASEN muestra relativa estabilidad del porcentaje de madres entre 2011 y 2013, para luego caer fuertemente en 2015 y 2017; de hecho, entre 2013 y 2017 este indicador cae un 40%, una baja realmente drástica, llegando a un 6,3% un valor inferior al censo pero que podría explicarse, además del intervalo de confianza de la CASEN, por la distancia de medio año entre censo (abril de 2017) y CASEN (noviembre de 2017). En el caso del porcentaje de madres del grupo 19–20 la tendencia es a la baja durante todo el periodo con datos en el cuadro, a un ritmo más o menos estable y nuevamente con bastante cercanía entre censo y encuesta en 2017.

²³ En el cuadro se muestran ambos porcentajes y en las notas respectiva se entregan algunos antecedentes sobre ambas opciones. De cualquier manera, el porcentaje considerado como referencia es el que incluye a todas las mujeres en el denominador. Con seguridad subestima el verdadero valor del porcentaje, pero su error de subestimación seguramente es mucho menor que la sobrestimación que hace la otra opción (excluir del cálculo a los casos ignorados. Como se calculan numerosos indicadores con esta información mediante procesamiento de microdatos a edades simples, se optó por no aplicar la corrección de El Badry que se usa para datos consolidados y agrupados (Moultrie et al., 2013 y Rodríguez, 2014).

²⁴ https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e

Finalmente, las Encuestas Nacionales de Juventud (ENJ) muestran un comportamiento más bien errático del porcentaje de madres del grupo 15 a 19 hasta 2012, para luego detectar una fuerte caída, llegando a niveles marcadamente inferiores a fines de 2018 (3,8%), los que sugieren una continuidad de la drástica reducción registrada por el censo de 2017 y las encuestas CASEN.

Ciertamente, estos resultados son totalmente consistentes con los ya analizados de la TEFA y entonces se ratifican mutuamente y se refuerza una conclusión principal: durante la década de 2010 la reproducción adolescente se redujo significativamente en Chile.

Finalmente, solo para descartar que esto pudiera deberse a un cambio en la estructura etaria, en particular durante el período 2002-2017 (habida cuenta de la estrecha relación entre edad y la probabilidad de haber sido madre en esta fase de la vida), en el Gráfico 3 se exponen los porcentajes de madres (ignorados imputados a cero) según diferentes subgrupos de edad. Y las cifras son contundentes: entre 2002 y 2017 el porcentaje de madres baja significativamente en todos los subgrupos de edad, por lo cual no hay duda de que la fuerte reducción registrada es independiente del cambio de la estructura etaria dentro de la adolescencia.

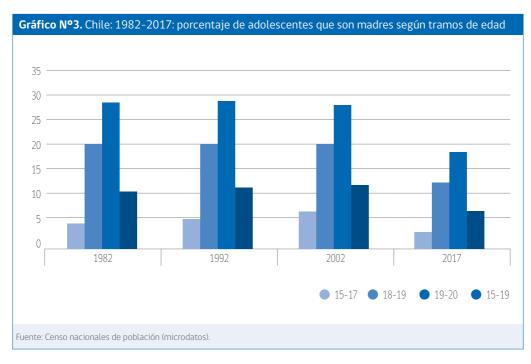
Cuadro N°2. Chile: 1982–2018: porcentaje de madres, edades 15 a 19 y 19–20, varias fuentes													
Fuente	Grupo de						Ai	ño					
ruente	edad	1982	1992	2002	2003	2006	2009	2011	2012	2013	2015	2017	2018
Censo (1)	15-19	10,96	11,78	12,3								7,16	
CELISO (1)	19-20	28,5	28,6	28,0								18,8	
Conso (2)	15-19	14,1	14,6	15,3								8,7	
Censo (2)	19-20	33,4	33,3	32,5								21,4	
CACEN	15-19							10,1		10,1	9,1	6,3	
CASEN	19-20							25,3		23,1	21,7	18	
ENII	15-19				11,2	8,6	11		12,9		9,2		3,9
ENJ	19-20												

Fuente: Censos nacionales de población y encuestas (microdatos). Cálculos propios.

Censo (1): Todas las mujeres de la edad pertinente se incluyen en el denominador, lo que implica que las mujeres que no respondieron se imputan a "cero hijo/a tenido/a" o nuliparidad. Es la opción recomendada por la literatura, luego de la opción de corregir por El Badry u otro procedimiento, lo que no se usó en este caso para mantener consistencia con los valores desagregados por educación que se presentarán más adelante y que se imputan a cero.

Censo (2): Las mujeres de la edad pertinente que no declararon fecundidad se excluye del denominador, lo que implica el supuesto de que quienes no respondieron tiene la misma fecundidad que quienes sí respondieron, lo que la literatura especializada descarta, porque toda la evidencia sugiere que las adolescentes que no respondieron tienen cero hijos en su gran mayoría (Moultrie et al., 2013; Rodríguez, 2014).





Nota: Calculados sobre el total de mujeres de las edades respectivas, es decir supone que las mujeres que no declararon fecundidad eran nulíparas.

4.3. La paridez y el número de hijos (embarazo subsecuente) en la adolescencia

Además de los indicadores de fecundidad y de maternidad, hay una tercera familia de indicadores relevantes para describir y comprender integralmente la reproducción en la adolescencia. Se relacionan con la intensidad acumulada del fenómeno para una cohorte real y, en tal sentido, dan cuenta de la acumulación de hijos nacidos vivos durante la adolescencia, lo que puede verse como un proceso continuo que se inicia con la menarquia (y en términos estándares a los 15 años por ser esa la edad de inicio del módulo de fecundidad de casi todos los censos y encuestas que consultan por hijos/as nacidos vivos en Chile) y concluye al cumplir los 20 años.

Dos indicadores son estándares respecto de la paridez. El primero atañe a la población total y es una medida de cohorte y se denomina paridez media acumulada. Captura el promedio de hijos tenidos por una cohorte real²⁵. Como todo promedio, oculta la heterogeneidad de su distribución, pero de cualquier manera proporciona una idea general de la intensidad real de la reproducción durante la adolescencia. Se puede calcular para el grupo 15-19 o por edad simple, que es más riguroso y como los datos censales lo permiten, es lo que se hará. En general, se espera un promedio inferior a 1 durante la adolescencia, en rigor bastante inferior a 1, porque lo usual es que

²⁵ No hipotética y basada en supuestos, como hace la tasa global de fecundidad, la que suma las tasas específicas (y las multiplica por 5 si son tasas de grupos quinquenales de edad).

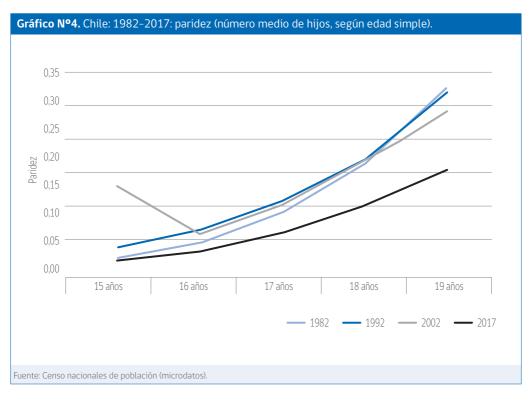
solo una minoría de las mujeres sea madre durante ella.²⁶ El segundo indicador atañe solamente a las madres y procura captar la importancia relativa de los nacimientos según orden. Se trata, entonces, de una distribución relativa de todas las madres adolescentes según número de hijos nacidos vivos, por lo cual la suma de todas las categorías debe sumar 100%. Este indicador permite evaluar la frecuencia relativa de la multiparidad durante la adolescencia. Adicionalmente, y esto no es menor, también permite hacer seguimiento de la medida prioritaria 15 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD), dirigida a prevenir el embarazo subsiguiente.

Respecto de la paridez, el Gráfico 4 muestra su evolución por edad y también por censo. Destaca la relativa similitud de la trayectoria por edad en los censos de 1982, 1992 y 2002, en abierta contraposición al censo de 2017, que presenta una paridez mucho más baja, sobre todo en las edades de 16 a 19 años. De hecho, a esta última edad se registra una paridez media de 0,17, casi la mitad de los valores del orden de 0,30 en los tres censos anteriores. Cualquiera sea el caso, se trata de una trayectoria totalmente compatible con la significativa baja de la fecundidad y la maternidad en el período 2002–2017 y la relativa estabilidad de las mismas entre 1982 y 2002, mostrada previamente.

El segundo indicador no alude a promedios, sino que a estructura. Por ello capta, por definición, la heterogeneidad del fenómeno reproductivo en términos de su intensidad. Además, tiene menor margen de incertidumbre, pues la baja de la paridez media podría darse bajo varios escenarios de distribución de las madres por número de hijos. Con todo, lo esperable es que tiendan a reducirse los órdenes de nacimiento superiores a 1 y, como contrapartida, tienda a elevarse el peso relativo del orden 1, tal como ha ocurrido en otras edades durante la transición de la fecundidad. Y eso es efectivamente lo que pasa, de acuerdo con el Cuadro 3, que muestra una tendencia sostenida al aumento de las primíparas dentro de las madres adolescente, pasando de representar un 81,9% en 1982 a ser el 92,1% en 2017. Ahora bien, el grupo 15–19 está truncado y la imagen que ofrece no corresponde a la experiencia real durante la adolescencia. Esta última está mucho mejor representada por la edad 19 y en tal caso se verifica la misma tendencia, aunque algo más pronunciada, pues las primíparas pasan de ser un 76,6% en 1982 a ser un 90,6% en 2017.

En general, esta tendencia corresponde a un logro, y se alinea con los compromisos contraídos en el CMPD aunque todavía no se cumplan plenamente. Esto porque si ya es complejo tener y criar un hijo en la adolescencia, criar 2 o más entraña una carga aún mayor. De cualquier manera, no debe perderse de vista que la prioridad no es lograr el 100% de primíparas, sino reducir lo máximo posible la fecundidad adolescente.





Nota 1: Calculados sobre el total de mujeres de las edades respectivas, es decir supone que las mujeres que no declararon fecundidad eran nulíparas.

Nota 2: La edad 15 en el censo de 2002 está afectada por un número inusual de casos con declaración de paridez elevada que no fueron objeto de crítica y corrección como suele ocurrir en los censos, cuya información original de campo requiere ajustes estandarizados en algunas variables.

Cuadro N	Cuadro N°3. Chile: 1982-2017: distribución relativa de las madres adolescentes según número de hijos (hasta 3 y más)														
Edad		1982			1992			2002			2017				
Eudu	1	2	3 y más	1	2	3 y más	1	2	3 y más	1	2	3 y más			
15 años	94,2	4,5	1,3	76,0	8,8	15,1	50,0	19,9	30,1	91,5	5,8	2,7			
16 años	91,3	7,8	1,0	87,3	6,0	6,7	91,1	4,8	4,1	95,2	3,2	1,7			
17 años	88,5	10,4	1,2	89,3	7,7	3,0	93,1	5,0	1,8	94,0	4,2	1,8			
18 años	82,6	15,5	1,8	86,7	11,0	2,3	91,3	7,2	1,5	92,5	5,8	1,7			
19 años	76,6	19,5	3,9	81,6	15,0	3,4	88,1	10,1	1,8	90,6	7,6	1,7			
15-19	81,9	15,5	2,6	84,7	11,7	3,7	85,6	9,3	5,2	92,1	6,2	1,7			

Fuente: Censos Nacionales de Población (microdatos).

Nota: Calculados sobre el total de mujeres de las edades respectivas, es decir supone que las mujeres que no declararon fecundidad eran nulíparas.

4.4. La desigualdad social de la reproducción en la adolescencia

4.4.1 Educación

El cuadro 4 muestra la evolución entre 1982 y 2017 del porcentaje de madres entre las adolescentes según varios grupos de edad. En esta sección se usará de manera preferencial este indicador por ser el más comunicativo, más seguro de calcular (con menos supuestos) y el más relevante en términos de política (porque la prevención de la maternidad adolescente es la prioridad). En este caso, los grupos de edad excluyen al 15–19 porque la relación entre edad y nivel educativo puede generar distorsión del indicador, como se explica más adelante con mayor detención. Por ello, los grupos de edad intentan controlar este factor, además de mostrar la situación de las diferentes etapas dentro de la adolescencia.

Respecto de los niveles de la desigualdad, el Cuadro 4 permite observarlos a simple vista y cuantificarlos con un indicador sencillo: la desigualdad polar, que se aplica, eso sí, solo a las edades 19 y 20.²⁷ En principio, esta desigualdad se calculó como la relación entre los grupos educativos extremos. Es decir, adolescentes de muy baja educación (con 0 a 4 años de escolaridad) y adolescentes de alta educación (13 y más años de escolaridad).²⁸ Pero luego se advirtió que la cúspide del porcentaje de madres pasaba del grupo de 0 a 4 años de escolaridad al grupo de 5 a 9 años de escolaridad, por lo cual se calculó un segundo índice de desigualdad, para el cual la relación se estableció entre los grupos de mayor y menos porcentaje de madres.

La diferencia entre ambos genera tendencias divergentes de la desigualdad. Mientras el primero sugiere una tendencia descendente, el segundo muestra una tendencia ascendente. Esto se debe a la marcada caída de la maternidad adolescente del grupo de menor educación y que tiene una explicación que hace aconsejable no utilizar este grupo como referencia para la desigualdad.²⁹ Por lo anterior, la tendencia que sugiere el censo es hacia el aumento de la desigualdad de la maternidad adolescente según nivel educativo. Con todo, hay que subrayar que tal tendencia está muy afectada por el cambio del tamaño relativo de los grupos educativos. Como se muestra en el Gráfico 5, este se modificó radicalmente entre 1982 y 2017, por un marcado aumento de la

- 27 Esto porque en ese grupo se controla el impacto que la edad tiene en la probabilidad de haber alcanzado un cierto nivel educativo, en particular, el de 13 y más años de escolaridad. En efecto, según el censo de 2017 ningún menor de 19 años alcanzó este nivel (en rigor, aprobar un grado en este nivel; de cualquier manera, esto es resultados de una decisión metodológica porque no hay dudas que existen casos de personas de 18 años que han completado un grado de educación superior) y muy pocos lo hicieron en los otros censos, en los que sí se registran casos porque no corrigieron con tanto rigor la declaración de nivel educativo por edad.
- 28 Más concretamente, cociente entre el porcentaje de madres del grupo con baja educación (numerador) y el grupo de alta educación (denominador).
- 29 Ocurre que la proporción de adolescentes con educación baja cayó muchísimo entre 1982 y 2017 y, de hecho, en este último año son una minoría ínfima que bordea el 1% (Gráfico 5). En este grupo coexisten dos segmentos muy diferentes. Por una parte, sectores muy excluidos que no entran a la escuela o desertan muy rápidamente y sectores afectados por discapacidades que impiden o dificultan mucho su enrolamiento en la escuela. El primer grupo tienen a tener una maternidad adolescente alta, pero el segundo tiende a tener una maternidad adolescente nula o muy baja porque sus discapacidades restringen severamente su exposición al riesgo de embarazo. Los datos de 2002 abonan a este argumento porque entre las adolescentes de baja educación 1 de cada 6 declaró alguna disparidad mientras que entre las de 5 y más años de escolaridad 1 de cada 200 declaró alguna discapacidad. Con seguridad este contrapunto se agudizó en 2017 y pudiera ser, incluso, que una mayoría de las adolescentes con muy baja educación tenga discapacidad. Lamentablemente, por su condición de censo abreviada, el de 2017 no incluyó consultas sobre discapacidad. Habrá que esperar hasta el censo de la década de 2020 para validar empíricamente esta hipótesis.



proporción de adolescentes con educación alta (13 y más años de escolaridad a expensas de los otros 3 grupos de escolaridad). Por ello, pudiera ser que el aumento de la desigualdad polar no refleje adecuadamente las disparidades que afectan al conjunto de las mujeres adolescentes. De hecho, esto último será retomado cuando se considere una desigualdad para la cual es posible controlar este factor distorsionador del cambio composicional.

Respecto a las tendencias de la maternidad según nivel educativo, el Cuadro 4 -que excluye los casos ignorados de nivel educativo y que imputa a nuliparidad la no respuesta sobre hijos tenidosindica que la caída de la maternidad adolescente en el período 2002-2017 aconteció en todos los grupos educativos, lo que refleja la fortaleza y envergadura de esta baja.

La maternidad de las edades 19 y 20 tiene una tendencia al alza en todos los grupos educativos entre 1982 y 2002. La categoría de educación baja pasó de 42,2% en 1982 a 61,5% en 2002, la categoría de educación intermedia pasó de 21% a 29,8% en el mismo período, y la categoría de 13 años y más de escolaridad pasó de 7,3% a 8,2%. La excepción es el grupo de menor educación (0-4 años de escolaridad) debido a las razones ya explicadas. Lo anterior resulta llamativo si se considera que el grupo 19-20 registró una baja del porcentaje de madres entre 1982 y 2002 (de 28,5% a 28%). De lo anterior se deduce necesariamente, que hubo un cambo extrínseco que provocó esta baja de la maternidad del grupo, pese al aumento en casi todas las categorías educativas del mismo grupo. Y ese cambio extrínseco fue la mutación en la composición educativa de la población, que, como se advierte en el Gráfico 5, elevó significativamente el peso del grupo de educación superior, en desmedro de todas las otras categorías, especialmente las dos más bajas. Esto significó que una creciente proporción de adolescente forme parte del grupo de menor maternidad y, por esa vía, impactó en la tendencia del valor total del grupo.

De hecho, si el cambio composicional educativo no hubiese ocurrido, el alza de la maternidad del grupo de 15 a 19 años entre 1982 y 2002 habría sido mucho mayor y la baja entre 2002 y 2017 habría sido mucho menor. De hecho, la maternidad en 2017 sería incluso un poco mayor que la de 1982. Con todo, igual sería netamente menor que la de 2002, lo que ratifica que la caída 2002-2017 fue genuina y no debida al cambio composicional educativo, aunque ciertamente ayudada por este.

Todo esto se aprecia claramente en el Gráfico 6, que presenta los resultados de un ejercicio de tipificación de la maternidad adolescente (15–19) usando para ello la población base de 1982. De esta forma, la intensidad de la maternidad adolescente por edad simple observada en 2002 habría originado un porcentaje de madres del grupo 15–19 superior al 16% contra el 12,3% observado. Adicionalmente, la tipificación muestra la importancia que tuvo el cambio de la composición educativa de las adolescentes entre 2002 y 2017 para la significativa baja de la maternidad adolescente. Sin este cambio, como ya se dijo, el descenso habría ocurrido igual, pero la maternidad adolescente no habría sido del orden del 7% sino del 11%. No obstante lo anterior, hay que reiterar que el ejercicio demuestra que la baja de la maternidad en el grupo de referencia entre 2002 y 2017 no se explica totalmente por el cambio composicional, pues también se explica por la reducción generalizada de la intensidad de la misma a través de los grupos educativos entre ambos momentos.

Cuadro Nº4. Chile: porcentaje de madres según grupos de edad y nivel educativo y dos indicadores de desigualdad polar del porcentaje de madres (solo adolescentes del grupo de 19 y 20 años de edad)

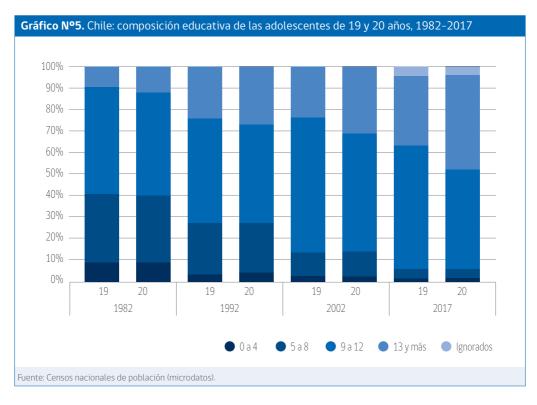
potar det porc	eritaje de madi	ies isolo adoles	icerites det gruf	po de 13 y 20 a	ii ios de edad/	
Censo	Nivel educativo	15-17	18-19	19-20	Desigualdad 1: Relación entre materidad de menor y mayor educación. Solo 19-20	Desigualdad 2: Relación entre mayor y menor maternidad adolescente. Solo 19-20
	0 a 4	10,5	36,8	46,7		
	5 a 8	6,6	31,3	42,2		
1982	9 a 12	2,2	12,4	21,0	6,4	6,4
	13 y más	3,3	5,1	7,3		
	Total	4,9	20,2	28,5		
	0 a 4	13,5	30,1	44,0		
	5 a 8	11,4	38,3	49,3		
1992	9 a 12	2,9	17,6	28,8	6,6	7,4
	13 y más	2,3	4,1	6,6		
	Total	5,7	20,3	28,6		
	0 a 4	22,1	38,3	47,5		
	5 a 8	19,0	52,7	61,5		
2002	9 a 12	4,2	18,6	29,8	5,8	7,5
	13 y más	4,0	5,7	8,2		
	Total	7,1	20,4	28,0		
	0 a 4	3,5	15,1	23,1		
2017	5 a 8	7,9	48,7	60,4		
	9 a 12	2,6	12,6	24,4	3,2	8,5
	13 y más		5,5	7,1		
	Total	3,2	12,9	18,8		

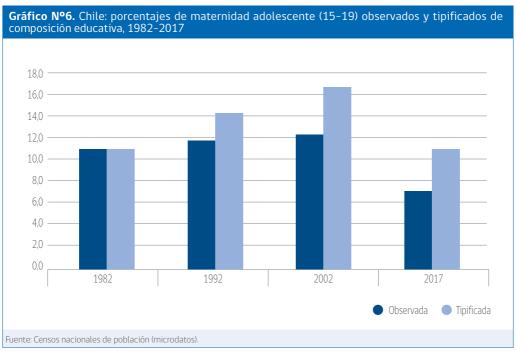
Fuente: Censos nacionales de población (microdatos).

Nota 1: Calculados sobre el total de mujeres de las edades respectivas, es decir supone que las mujeres que no declararon fecundidad eran nulíparas.

Nota 2: La variable años de escolaridad del censo de 2017 difiere de la de los otros censos. En 2017 está incluida en la base de datos original distribuida por el INE y es evidente que fue objeto de revisión e imputación en gabinete, porque no hay casos de personas menores de 19 años, con 13 o más años aprobados de escolaridad. Y las variables usadas para crear esta variable "años" de escolaridad también fueron revisadas y editadas en la base de microdatos del censo, por lo cual no hay personas menores de 19 años que tengan nivel universitario.







4.4.2 Deciles de ingreso

La Encuesta CASEN aporta dos insumos novedosos en materia de desigualdad de la reproducción en la adolescencia. En primer lugar, está la desagregación de la maternidad por deciles o quintiles de ingreso, lo que complementa el análisis de la desigualdad educativa, basado en el censo. El análisis por decil tiene una fortaleza metodológica respecto al efectuado por nivel educativo: no está afectado, al menos en principio, por la composición de la población, pues cada decil representa 10% de los hogares. En la práctica, esta fortaleza tiene un par de flancos débiles, que, en todo caso, no la desmerecen. Por un lado, los deciles no de personas y el peso de cada decil en materia de poblacional dependerá del tamaño medio y la estructura por edad y sexo de los diferentes deciles de hogares. Por otro lado, al realizarse la segmentación con base en atributos de hogares, se desconoce el perfil de la mujer y, sobre todo, no se puede saber si el hogar en que se encuentra al momento de la encuesta corresponde al hogar en que residía cuando quedó embarazada o nació el bebé. En el caso de los atributos individuales, esta relación no tiene mediaciones. Con todo, en las variables individuales normalmente tampoco es posible precisar el nivel de la variable al momento del parto y, ciertamente, las asociaciones que se encuentren pueden deberse a causalidad inversa, por ejemplo: la maternidad es la que provoca la baja educación por la deserción de la escuela que genera, y no al revés (hipótesis, no afirmación).

En segundo lugar, la CASEN incluye desde hace varias olas una pregunta sobre edad a la que se tuvo el primer hijo, y que normalmente da una buena aproximación a la probabilidad de haber sido madre en la adolescencia (es decir, antes de los 20 años) según cohortes. Desde luego la relación entre recordación y edad puede afectar los resultados, así como otras relaciones netamente demográficas (como la que puede haber entre edad de la iniciación reproductiva, por un lado, y la mortalidad o la emigración/inmigración internacional, por otro lado). Pero se trata de vínculos que difícilmente distorsionarán las tendencias gruesas. Así las cosas, es natural que se trate de aprovechar esta información, como se expone en el Gráfico 6.

Pero antes de examinar esa variable nueva relativa al calendario del primer hijo, cabe examinar el indicador tradicional de maternidad según grupos de edad, pero ahora desagregado según deciles de ingreso del hogar. Esto se presenta en el Cuadro 5, para los grupos de edad 15–19 y 19–20. Y los resultados son elocuentes, impresionantes de hecho. La desigualdad polar se calcula ahora solo para la relación entre los deciles extremos I (más pobre) y X (más rico).³⁰ Para ambos grupos de edad se advierte un aumento de la desigualdad, que llega al chocante registro de 63 veces en el caso del grupo 15 a 19 años. básicamente porque la maternidad adolescente es casi nula en el decil X y, en cambio, supera el 11% en el decil I. En el caso de la maternidad del grupo 19–20 (asimilable a la probabilidad de ser madre en la adolescencia, como ya se explicó), un 30% de las muchachas del decil I fueron madres antes de cumplir los 20 años, mientras que eso solo le aconteció al 1,4% de las del decil X.

De esta manera, la CASEN se alinea con el censo y sugiere que pese al descenso de la maternidad adolescente en todos los deciles socioeconómicos entre 2011 y 2017, la desigualdad socioeconómica polar creció, porque la caída fue mucho más pronunciada en el decil más rico.

³⁰ Aunque también hay una alteración en la cúspide de la maternidad del grupo 19-20 entre 2011 (decil III) y 2017 (decil I).



Cuadro Nº 5. Chile: maternidad adolescente según grupos de edad y decil socioeconómico, e indicadores de desigualdad socioeconómica de la maternidad adolescente, 2011 y 2017

Decil de ingreso autónomo			20	11				20	17	
	12-14	15-19	19-20	Desigualdad 15-19	Desigualdad 19-20	12-14	15-19	19-20	Desigualdad 15-19	Desigualdad 19-20
	0,1	15,3	35,8			0,1	11,6	29,6		
	0,6	13,7	34,6			0,0	8,9	27,7		
III	0,1	12,0	37,0			0,0	7,9	26,0		
IV	0,0	10,3	26,3			0,0	5,7	26,0		
V	0,0	14,0	27,0			0,0	4,5	16,7		
VI	0,0	7,5	18,1	11,2	7,3	0,0	5,5	12,3	63,1	21,6
VII	0,0	5,2	17,2			0,0	3,4	7,6		
VIII	0,0	4,8	16,8			0,0	1,3	6,4		
IX	0,0	1,6	8,6			0,0	1,3	2,5		
Χ	0,0	1,4	4,9			0,0	0,2	1,4		
Total	0,1	10,2	25,4			0,0	6,3	18,1		

Fuente: CASEN 2011 y 2017 (procesamiento especial microdatos).

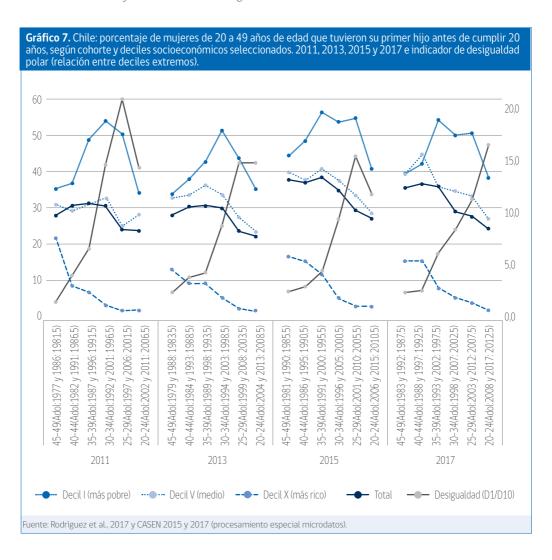
Respecto del indicador sobre calendario del primer hijo/a, el Gráfico 7 actualiza los datos presentados en Rodriguez et al. (2017). Son varias las conclusiones que se deducen del mismo.

La primera es el contraste entre los deciles graficados, que corresponde al de menor ingreso (I) a uno situado en la mitad de la distribución (V) y finalmente al de mayor ingreso (X). Claramente, se valida la enorme desigualdad expuesta anteriormente con otros indicadores. Tomando las cohortes más jóvenes (20–24 y 25–29), la desigualdad polar varía entre 12 y 16, alcanzado la cúspide de 16 justamente entre las muchachas de 20 a 24 años de edad en la CASEN de 2017 (valor del cociente entre 38,3% del decil I y 2,3% del decil X).

La segunda es que comparando los diversos grupos de edad de una misma encuesta, que llamaremos cohortes para enfatizar la perspectiva de comparación, se concluye que esta desigualdad ha estado aumentando. En efecto, de manera sistemática (salvo en la encuesta de 2011), la diferencia en la probabilidad de haber sido madre antes de los 20 años entre los deciles inferior y superior es mucho más amplia en la cohorte más joven (20–24 años al momento de la encuesta) que en la cohorte mayor (45–49 años al momento de la encuesta). De hecho, en esta última la desigualdad polar es del orden de 3, muy inferior a la cúspide de 16 de la cohorte menor en 2017, antes mencionada.

La tercera es que, en el caso del decil X, la tendencia entre cohortes de este indicador es de una baja sistemática y tendiendo a la estabilidad, mientras que, para los otros deciles graficados, sobre todo el decil I, así como el total, la tendencia es más oscilante, aunque igual predomina la baja, sobre todo en las comparaciones entre cohortes más jóvenes (menos de 35). Esto refuerza la visión de un proceso de caída reciente generalizado socialmente. El aumento de la desigualdad se debe a que, en esta caída generalizada, los grupos más acomodados han registrado una baja más pronunciada de esta probabilidad.

Finalmente, el análisis transversal de este gráfico, mediante la comparación del mismo grupo de edad en diferentes encuestas, ofrece un resultado que se aparta de los analizados hasta ahora. En efecto, al comparar, por ejemplo, el grupo de 20 a 24 años de edad, se advierte una notable estabilidad de la probabilidad de haber sido madre antes de los 20 años en todos los deciles y el total. Por ejemplo, para el total esta probabilidad se mueve en torno al 24% entre 2011 y 2017. Esto se aproxima bastante bien al 25% de mujeres de 19–20 con al menos un hijo tenido de la CASEN 2011, pero está por encima de este indicador en el censo y la CASEN de 2017 (en torno al 19%, rever cuadro 2). No es claro porque esta pregunta falla en captar el descenso de la maternidad en la adolescencia que muestran todas las otras fuentes. Pudiera ser que al considerar el grupo 20 a 24 tiene un rezago de captación de unos 5 años, justo el período en que cayó más intensamente la reproducción en la adolescencia según las otras fuentes. Cualquiera sea el caso, más allá de este problema de sobre estimación del nivel en las CASEN más recientes, esta fuente sí ofrece datos consistentes y valiosos en materia de nivel y tendencia de la desigualdad de la maternidad al concluir la adolescencia.

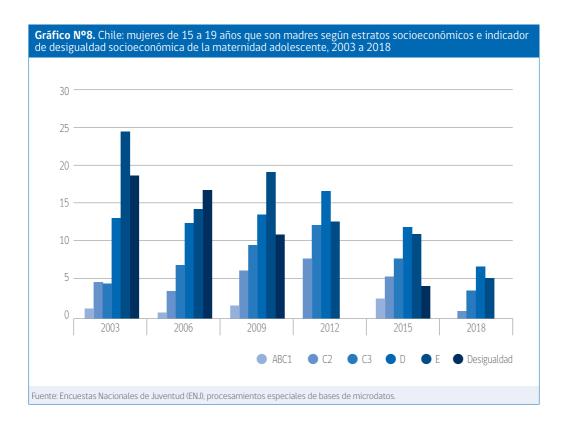




4.4.3. Estrato socioeconómico

Las Encuestas Nacionales de Juventud (ENJ) incluyen variables de segmentación socioeconómicas adicionales a las otras fuentes. Se trata de la clasificación de estratos socioeconómicos estándar en el país desde la categoría más acomodada y exclusiva (ABC1) a la más precaria (E). El Gráfico 7 explota este valor agregado de las ENJ. Su principal conclusión es la significativa caída de la maternidad adolescente en todos los grupos socioeconómicos desde 2012, ratificando lo registrado por otras fuentes.

Respecto de la desigualdad, esta es evidente y hasta la encuesta de 2009 el indicador de desigualdad polar registraba dos dígitos, aunque descendente. Dos de las tres encuestas de la década de 2010 (2012 y 2018) no permiten calcular este indicador por cuanto no se registraron casos de adolescentes de 15 a 19 años del estrato superior (ABC1) con hijos. Sin embargo, la de 2015 sí registró, y el nivel del segmento ABC1 subió respecto de las encuestas de la década de 2000, mientras se redujo el nivel de los estratos socioeconómicos más desfavorecidos. Por ello, la ENJ muestra una tendencia decreciente de la desigualdad socioeconómica de la maternidad adolescente, a contra pelo de las otras fuentes. Con todo, el menor número de casos de esta encuesta -lo que incide, por ejemplo, en la ausencia de adolescentes ABC1 madres en varias olas de esta encuesta, impidiendo calcular la desigualdad polar en dos observaciones del Gráfico 8-, introduce más incertidumbre a sus resultados.



4.4.4. Territorios y espacios polares en la metrópolis

El territorio suele ser considerado como un atributo de diferenciación, tanto desde la perspectiva de la especificidad y la identidad, como desde la perspectiva de la disparidad y la desigualdad. Los recursos naturales y construidos, la comunidad con su cultura y redes, la población con su composición, y la sociedad con sus instituciones, normas de funcionamiento y mecanismo de poder, constituyen un acervo complejo que es clave para el desarrollo y los comportamientos a escala local. Por ello, la distinción clásica entre lo urbano y lo rural, ha connotado históricamente el contrapunto entre economías y formas de vida diferentes (lo moderno y lo tradicional en una de sus lecturas, más allá de los debates que esta interpretación pueda, legítimamente, suscitar). Ciertamente, una de las expresiones de este contraste ha sido la reproducción biológica, estando bien documentado la mayor intensidad y el calendario más joven de la misma en los ámbitos rurales de América Latina, aun cuando evidencias recientes sugieren que tal patrón podría estar cambiando en los países con transición demográfica más avanzada (Rodríguez, 2014; Rodríguez et al., 2017). Por otra parte, la evidencia expuesta en los acápites previos no deja duda sobre la persistente relación entre condiciones económicas y calendario de la fecundidad o, más concretamente, sobre la mayor probabilidad de maternidad adolescente entre los grupos más desfavorecidos. Por lo mismo, los territorios más desfavorecidos debieran registrar un patrón similar. En el caso de Chile, los contrastes socioeconómicos entre zonas rurales y urbanas persisten, pero en general son menos marcados que los que se verifican dentro de las grandes ciudades. Por lo tanto, indagar en las disparidades intrametropolitanas es ineludible, aunque sea más complejo en términos de estimación (y confianza de la misma).

En el Cuadro 6 se exponen los resultados de estimaciones indirectas de la fecundidad, por edad y total, de Chile total nacional, urbano y rural y de tres comunas del Gran Santiago muy diferentes en términos socioeconómicos: Las Condes (acomodada); San Miguel (clase media) y La Pintana (popular). Solo se presentan los datos de 2017, porque la cantidad desagregaciones (se trata de comunas, que, además, son desagregadas por sexo, grupos de edad y nivel educativo) implica poblaciones acotadas y esto afecta la calidad de las estimaciones indirectas y la volatilidad de las tendencias. De cualquier manera, el procedimiento usado (Gompertz sintético, que requiere de dos observaciones, en este caso 2002 y 2017) ratifica su precisión para las agregaciones mayores, pues sus valores de tasas de fecundidad adolescente y tasa global de fecundidad por zona de residencia y nacional (no existen por comuna por los problemas ya mencionados del denominador) están bastante cercanos a las que derivan de las estadísticas vitales, que se consideran altamente confiables. Cualquiera sea el caso, los resultados del cuadro 6 son contundentes y, además, ofrecen un par de sorpresas, que ameritan investigación ulterior.

En primer lugar, las desigualdades se comportan según lo esperado, es decir, mayores niveles reproductivos totales y adolescentes en la zona rural y en la comuna pobre. Las desigualdades resultan, como se anticipó, mucho más marcadas a escala intrametropolitana que entre urbano y rural.

En segundo lugar, las desigualdades de la fecundidad total son mucho menores que las de la fecundidad adolescente, algo que se advierte en muchos otros países de la región (Rodríguez, 2014; Rodríguez et al., 2017). En 2017, la TGF de La Pintana era un 55% mayor que la de Las Condes, mientras que la tasa específica de fecundidad de La Pintana era 38 veces la de Las Condes.



En tercer lugar, controlar por la educación atenúa las desigualdades territoriales, pero no las neutraliza completamente. Por ejemplo, la fecundidad adolescente de las muchachas de alta educación de La Pintana es mucho más baja que la de los otros grupos educativos de su comuna, pero aún es 31 veces la de sus contrapartes de Las Condes. Esto valida la noción de "efecto territorial", aunque este dato no basta para identificar los mecanismos de acción de este efecto (¿diferencias de la red de salud?; ¿diferencias en las oportunidades locales de actividades chocan con el embarazo adolescente?, ¿culturas y/o identidades locales?, ¿valoración subjetiva y resultados objetivos de la educación diferentes según zona?). Esto último amerita investigación ulterior, tal como lo hace el propio INJUV con un estudio recientemente publicado sobre embarazo adolescente desde una perspectiva cualitativa, identificando que se han gestado nuevas trayectorias dentro del fenómeno, con más matices en su configuración (INJUV/DESUC, 2020).

En cuarto lugar, se ratifica la peculiaridad del grupo de muy baja educación, en el sentido de que ya no está marcado por altos niveles reproductivos durante la adolescencia.

Y en quinto lugar, los niveles de fecundidad adolescente, y sobre todo total, de San Miguel son muy bajos. Por las características de esta zona, de renovación urbana y alta inmigración de jóvenes en el último tiempo (Contreras, 2016; Rodríguez y Rowe, 2017)³¹, puede concluirse además de la condición socioeconómica de la comuna y del nivel educativo de las personas, su condición migratoria puede ser importante. Más concretamente, si estos inmigrantes jóvenes no tienen hijos y están embarcados en proyectos de vida que implican atrasar el calendario de la fecundidad, entonces esto deprimirá significativamente, aunque tal vez de forma pasajera, la fecundidad. Sin duda, otro asunto para investigación ulterior.

Finalmente, y en directa relación con el punto anterior, el Gráfico 9 muestra la diversidad de calendarios de la fecundidad que coexisten en el país, tanto entre subpoblaciones que difieren significativamente en la intensidad de su fecundidad, como entre subpoblaciones que registran intensidades reproductivas similares. Las mujeres de 5 a 8 años de escolaridad en La Pintana se distinguen por una fecundidad total alta para el contexto chileno (3 hijos), y que es el doble de la que tienen las mujeres de alta educación de San Miguel y Las Condes. Pero este diferencial se explica totalmente por su calendario mucho más temprano, pues las mujeres de alta educación de San Miguel y Las Condes tienen tasas específicas de fecundidad más altas o iguales que La Pintana a partir de los 30-34 años. De hecho, es el calendario el que diferencia a las mujeres de alta educación de San Miguel y Las Condes: más tardío en Las Condes, reflejando la importancia de la postergación de la fecundidad en esta comuna, emblemática de la clase acomodada en Chile.

³¹ Para más información, visitar banco de datos MIALC: https://celade.cepal.org/bdcelade/mialc/.

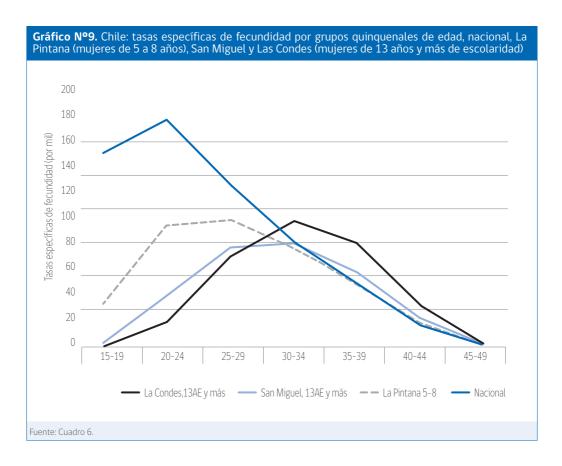
Cuadro Nº6. Chile: tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad (por mil) y tasa global de fecundidad, total, urbano y rural y tres comunas de distinto nivel socioeconómico del Área Metropolitana del Gran Santiago por nivel educativo, 2017

Grupo			a Pintan				S	an Migue	el			L	as Conde	es	
de edad	0-4	5-8	9-12	13 y más	Total	0-4	5-8	9-12	13 y más	Total	0-4	5-8	9-12	13 y más	Total
15-19	65,2	150,2	67,6	15,2	57,8	36,3	117,0	39,1	3,6	16,2	5,8	66,8	15,0	0,5	1,5
20-24	100,8	175,5	135,0	69,9	122,6	69,4	156,4	103,2	39,2	58,9	40,6	99,3	77,3	19,3	26,9
25-29	93,1	125,6	120,0	92,4	113,1	63,2	123,1	106,9	77,0	74,3	61,5	88,4	104,6	69,7	70,2
30-34	76,0	81,7	86,2	81,2	83,3	47,4	86,3	84,4	80,0	67,0	54,8	69,8	90,7	97,3	87,2
35-39	56,1	47,5	52,6	55,3	52,0	30,6	54,1	55,4	57,8	48,9	35,7	49,8	59,9	79,9	71,0
40-44	27,6	17,3	19,5	21,7	19,7	12,2	21,5	21,9	22,2	21,4	12,7	23,4	22,3	31,5	29,9
45-49	4,1	1,6	1,8	2,1	1,9	1,3	2,3	2,2	2,0	2,5	1,0	3,2	2,0	2,6	2,9
TGF	2,1	3,0	2,4	1,7	2,3	1,3	2,8	2,1	1,4	1,4	1,1	2,0	1,9	1,5	1,4
Grupo			Urbano					Rural				Tot	tal Nacio	nal	
de edad	0-4	5-8	9-12	13 y más	Total	0-4	5-8	9-12	13 y más	Total	0-4	5-8	9-12	13 y más	Total
15-19	41,5	132,7	54,3	9,2	32,8	74,0	126,0	65,0	11,8	49,8	58,4	132,7	57,0	8,9	34,3
20-24	71,1	160,5	129,5	57,1	92,6	91,1	143,5	126,4	66,6	105,1	87,5	156,3	131,7	64,1	93,9
25-29	61,3	117,7	119,9	88,3	97,7	71,5	103,7	111,2	99,7	97,6	72,0	113,5	119,6	99,2	97,6
30-34	44,6	78,0	85,6	84,0	77,1	51,1	68,7	79,6	94,7	72,6	51,4	74,9	84,2	89,7	76,4
35-39	28,2	46,3	50,6	59,9	50,0	33,2	41,1	48,6	68,4	45,8	32,5	44,4	49,3	59,1	49,3
40-44	11,1	17,3	17,7	24,0	19,3	14,0	15,6	18,0	28,2	17,6	12,9	16,6	17,0	21,2	19,0
45-49	1,1	1,7	1,5	2,3	1,9	1,7	1,6	1,7	2,9	1,7	1,4	1,6	1,4	1,7	1,8
TGF	1,3	2,8	2,3	1,6	1,9	1,7	2,5	2,3	1,9	2,0	1,6	2,7	2,3	1,7	1,9

Fuente: Censo 2002 y 2017. Procesamiento especial de bases de microdatos.

Nota: Aplicación de Gompertz relacional-sintético con interpolación a 2007 de datos de 2002. Más detalles de la técnica en Moultrie et al., 2013.





Las variables intermedias y exposición al riesgo de embarazo y parto: menarquia, iniciación sexual-unión, anticoncepción, aborto. Tendencia y desigualdad

5.1. Exposición biológica al riesgo de embarazo

Para engendrar se requiere de un conjunto de capacidades biológicas conocidas en demografía como fertilidad.³² El primer hito de la fertilidad es la menarquia, es decir la primera ovulación. Esto no garantiza fertilidad porque podría haber otros factores de infertilidad. Pero como se trata de un hito, es el primer componente de la exposición al riesgo de embarazo que se indaga y que resulta particularmente relevante para adolescentes, porque les atañe directamente.

La única fuente que recoge información sobre la edad a la primera regla es la Encuesta Nacional de Salud (ENS) que levanta el Ministerio de Salud (MINSAL). Y de las tres rondas de esta encuesta, solo las dos últimas (2016/2017 y 2009/2010) presentan información sobre edad de la menarquia (y salud sexual y reproductiva en general). Sus resultados indican contundentemente que Chile se suma a la tendencia mundial de adelantamiento de la menarquia. En la encuesta de 2009/10, la edad media de la primera menstruación fue de 13,1 para las mujeres de 15 y más años³³, mientras que en la encuesta de 2016/17 bajó a 12,8³⁴. De acuerdo a los coeficientes de variación de ambas estimaciones, se trata de estimadores bastante precisos (sus coeficientes de variación son inferiores a 0,01) y, por ende, la diferencia es estadísticamente significativa.

³² Se advierte que en inglés se invierten las expresiones, pues fertility y fecundity corresponden a fecundidad y fertilidad, respectivamente, en español.

³³ Ver tabla V.2.30.1, disponible en: http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/.

³⁴ Promedio con truncamiento cero o casi cero, ya que casi la totalidad de las mujeres ha tenido su menarquia antes de la edad 15. Visitar "sábana de resultados", http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/.



Adicionalmente, la "sábana de resultados" de la encuesta de 2016/2017 presenta valores por cohortes, que al ofrecer una perspectiva longitudinal permite conclusiones sobre la trayectoria de la menarquia. Y en este caso los valores tiene la siguiente evolución: 15-19: 12,1; 20-29: 12,6; 30-44: 12,7; 45-64: 13,0; y 65 y más: 13,3, lo que ciertamente ratifica la tendencia al adelantamiento de la menarquia, la que estaría comenzando un año más temprano entre las jóvenes, en comparación con las personas mayores.

Más que elaborar sobre factores detrás de este adelantamiento, sobre lo cual hay literatura validada (Rodríguez et al., 2017), lo importante es cuantificar la magnitud del mismo y, sobre todo, recalcar que la menarquia más temprana implica una exposición biológica más precoz al riesgo de concebir, aunque su resultado final dependerá de otras variables intermedias, en particular las relacionadas con la actividad sexual, la anticoncepción y el aborto. Cabe subrayar, para terminar, que una menarquia más temprana también implica efectos adicionales sobre la fecundidad, pues produce transformaciones biológicas y corporales que tienen efectos conductuales y que requieren ser consideradas en las políticas dirigidas hacia las y los adolescentes.

5.2. Iniciación y actividad sexual

Uno de los hechos estilizados del cambio reproductivo en las últimas décadas de América Latina ha sido el adelantamiento de la iniciación sexual (Rodríguez et al., 2017). Dado que esto no ha sido concomitante con un adelantamiento de la unión, ³⁶ la única opción es que se ha masificado la iniciación sexual y, en general, la actividad sexual premarital en la adolescencia. De cualquier manera, esta suele darse en el marco de vínculo de pareja, que ahora ya no son, al menos predominantemente, cónyuges o convivientes, sino más bien otros tipos de relaciones románticas de cierta duración. Las relaciones sexuales casuales de las adolescentes son infrecuentes (aunque existen, ciertamente), y más aún lo son los debuts sexuales con desconocidos o fortuitos.

Este adelantamiento del debut sexual ha sido visto como unos de los factores que explica el aumento de la fecundidad adolescente durante algunos períodos de las últimas décadas en la región. Y también desempeña un papel en la resistencia a la baja que ha tenido la fecundidad adolescente e la región. Ciertamente su impacto depende de cómo evolucione el uso de anticonceptivos, en particular la protección anticonceptiva desde el primer coito. Mientras en la mayoría de los países desarrollados el adelantamiento de la iniciación sexual fue concomitante con la expansión de la anticoncepción entre las y los adolescentes inhibiendo el impacto reproductivo de este debut sexual más temprano, en América Latina esto no fue así, y los niveles de uso de anticonceptivos son significativamente más bajos que en los países desarrollados (Rodríguez et al., 2017).

³⁵ Bajo los supuestos de independencia entre la edad de la menarquia y la probabilidad de entrar en la muestra (mortalidad, emigración) y capacidad de recordación. Además, debe teniendo presente que las cohortes jóvenes están truncadas (hay mujeres que no han tenido la menarquia aún) y por ende su promedio se calcula solo con las que ya tuvieron la menarquia y por tanto están sesgados hacia edades menores a la real.

³⁶ La evolución de la unión en la región ha sido objeto de varias investigaciones recientes, que en su mayoría han ratificado que la región presenta una peculiar resistencia a la postergación de la primera unión (Rodríguez, 2017, p. 19–21), postergación que se daba por sentado en el marco de los procesos de caída rápida de la fecundidad y de segunda transición demográfica, aun cuando en algunos países hay signos de postergación en los promedios y evidente postergación en los grupos de mayor nivel socioeconómico y/o educativo.

En el caso de Chile, hay dos fuentes oficiales que ofrecen datos sobre estos temas (actividad sexual, anticoncepción y aborto) de manera regular durante el siglo XXI. Se trata de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) para la población de 15 años y más, y la ENJ para adolescentes y jóvenes. En el caso de la actividad sexual y, en particular, de la edad de iniciación sexual, las ENJ mostraron que en las décadas de 1990 y de 2000, Chile repitió el adelantamiento de la iniciación sexual observado en la región (Rodríguez et al., 2017). Esto se mantuvo hasta la ENJ de 2012 que mostró la mayor proporción de mujeres de 15 a 19 años ya iniciadas sexualmente (48,9%, aunque la cúspide del grupo 18–19 se alcanzó en 2009 con un 68%), porque luego las ENJ de 2015, y sobre todo la de 2018, sugieren una inflexión (Cuadro 7), con cifras de iniciadas en el grupo 15–19 de 45,7% y 39%, respectivamente. Esta baja también se verifica cuando se controla la edad, en particular en el caso del grupo más joven (15 a 17). De hecho, mientras en el grupo 15–19 y en el subgrupo 18–19 los porcentajes de 2018 eran, pese a su caída respecto de 2012, mayores que los registrados en 2003, en el subgrupo 15–17, el porcentaje de 2018 fue el más bajo de todo el período de observación (Cuadro 7).

La ENS tiende a ratificar estos resultados. Los valores de porcentaje de iniciadas sexualmente en la encuesta 2009/2010 están próximos a los captados por las ENJ de 2009 y de 2012, en particular en el caso de las mujeres para las cuales la cifra es del 49% (procesamiento especial base de datos); en el caso de los hombres llega al 60%, algo mayor que las ENJ (Cuadro 7), y corroborando de paso, la iniciación más temprana de los hombres, lo que, como es sabido, podría estar influenciado por sesgos de género en la respuesta a esta pregunta. Cualquiera sea el caso, respecto de la tendencia la comparación del grupo 20–24 (total) también muestra una caída en esta encuesta, desde un 55,1% a un 54,2% y fijando ahora la atención en el grupo 15–19, la caída se corrobora en ambos sexos, siendo más fuerte, eso sí, entre los hombres: de 49,1% a 48,7% para las adolescentes y de 60,4% a 53,9% para los adolescentes.

Estos resultados son muy importantes porque demuestran que hay, al menos transitoriamente, procesos de inflexión en fenómenos que parecían no tener punto de contención, y que, además, esta inflexión no resulta de políticas dirigidas explícitamente a tal objetivo. Por ello, sus determinantes están aún por desentrañar. De hecho, durante el siglo XXI no ha habido ninguna política pública nacional de promoción de la abstinencia o de aplazamiento del debut sexual en Chile. Y, en cambio, ha habido acciones decididas de ampliación del acceso a la salud sexual y reproductiva, incluyendo anticoncepción y consejería para adolescentes. Tales acciones fueron objetos de críticas por algunos sectores porque, supuestamente, fomentaban la precocidad sexual, la promiscuidad y hasta la irresponsabilidad (por ejemplo, por tener la opción de la anticoncepción de emergencia). Asimismo, el contexto cultural no ha cambiado precisamente hacia mensajes de abstinencia durante la adolescencia, y, en cambio, sí se han multiplicado los mensajes sobre el empoderamiento para la decisión y la gravitación de la voluntad, parecer y deseo de la mujer a la hora de iniciarse. Ahora bien, se necesita indagar mucho más aun sobre este fenómeno. La experiencia de los Estados Unidos podría ser útil, porque también ha experimentado esta postergación de la iniciación sexual y todos los estudios disponibles indican que no se ha debido a los programas de abstinencia implementados en algunos estados y promovido de manera genérica por algunos gobiernos (Cherry y Dillon, 2014; Rodríguez et al., 2017).

Respecto de la desigualdad en materia de iniciación sexual, el Cuadro 7 muestra que el grupo más acomodado (ABC1) es el de menor proporción de iniciadas sexualmente, mientras que el grupo



más pobre (E) tiende a ser el de mayor proporción. Las disparidades socioeconómicas del debut sexual entre las adolescentes varían entre encuestas, pero en 2018 alcanzan una gran magnitud, principalmente por una fuerte caída de la proporción de iniciadas en el grupo ABC1. En el caso de los adolescentes, que como ya se dijo tienden a registrar mayores índices de iniciados sexualmente que las mujeres, la desigualdad es mucho más fluctuante y de hecho en 2018 el grupo con mayor proporción de iniciados fue el ABC1.

Cuadro N°7. Chile: proporción de adolescentes (15–19) que se han iniciados sexualmente por sexo y según grupos de edad, zona de residencia, grupo socioeconómico y condición de estudio (2003–2018)

Variables	Cate-		2003			2006			2009			2012			2015			2018	
variables	gorías	Н	M	T	Н	M	T	Н	M	T	Н	M	T	Н	M	Т	Н	M	Т
Grupos de	15-17	28	23	25,6	29,9	23	26,5	37,6	34	35,9	41,6	37,4	39,6	37,6	34,5	36,1	28	22,3	25,2
edad	18-19	69,6	55,3	62,4	70,4	56,8	63,5	73,6	68	70,7	76,8	66,8	71,6	68,2	64,1	66,2	76,1	60,1	61
Zona	Urbano	45,1	34,4	39,8	44,3	35,4	39,9	49,8	47,3	48,6	56,1	49,2	52,7	49,4	46,7	48,1	44	39,3	41,7
ZUIId	Rural	35,7	46,3	40,6	41,7	33,6	37,8	49,4	43,9	46,7	43,7	47,1	45,3	47,8	39,1	43,8	43	37	40,1
	ABC1	51	23,2	38,7	38,5	25,3	31,9	46,1	43,2	44,5	39,6	37,8	38,8	42,8	39,2	41,2	52,9	16,2	36,7
	C2	27,7	37,7	32,5	43,3	35,5	39,6	48,8	44,7	46,9	48,5	45,4	47,3	42,1	40,1	41,2	37,3	35,6	36,5
GSE	C3	45,2	31,2	38,1	46,1	33,1	39,8	50,7	45,8	48,4	62,8	43,5	53,7	52,1	38	45,1	44,4	39,4	41,9
	D	50,9	36,8	43,9	42,8	38,7	40,8	49,3	47,7	48,5	52,2	52,2	52,2	49,5	52,5	51	45,7	39,7	42,7
	Е	34,7	44,7	39,7	47,2	38,1	42,5	54,8	53	53,8	61,5	69,1	66,2	54,1	51,7	53	36,5	54,7	46,2
Se encuentra	Sĩ	68,6	57,5	62,4	73,5	65	69,3	77,6	70,7	74,2	78,9	72,1	74,7	64,3	65	64,7	65,9	62,3	64,2
estudiando	No	37,1	27,5	32,6	36,2	27	31,7	42,9	40,6	41,8	50,3	41,8	46,3	46	41	43,6	40,5	35,4	38
Total		43,9	35,9	39,9	44,1	35,2	39,7	49,7	46,8	48,3	54,3	48,9	51,7	49,2	45,7	47,5	43,9	39	41,5

Fuente: Encuestas Nacionales de Juventud (ENJ), procesamientos especiales de bases de microdatos.

5.3. Nupcialidad/Unión

En el caso de esta variable intermedia, el censo desaparece como fuente, porque en el censo de 2017, esa pregunta no se incluyó por el carácter "abreviado" de dicha operación censal. Entonces, quedan solamente las encuestas CASEN y las ENJ. En el caso de la CASEN capta información sobre estado conyugal al momento de la encuesta (formato similar al usado por los censos entre 1982 y 2002).

En el Cuadro 8 se presenta el porcentaje de mujeres de 19 y 20 años unidas (o que los estuvieron y declaran estar separadas/divorciadas o viudas) por decil de ingreso. En términos globales, hay una tendencia a la reducción del porcentaje de unidas, aunque más bien tenue: baja del 14,8% en 2011 al 12,7% en 2017. La tendencia por decil socioeconómico es mayoritariamente al descenso, pero hay algunos deciles erráticos, entre ellos los dos extremos, pero no solo ellos. Cabe consignar que el intervalo de confianza de estos resultados es amplio (aunque no sea posible calcularlo con precisión por falta de información sobre el efecto diseño) por la baja cantidad de casos, pues son dos edades simples y la nupcialidad en estas edades es un evento más bien escaso.

Respecto de la desigualdad socioeconómica de la nupcialidad, el contraste es menos marcado que en materia de reproducción, pues solo el decil X muestra un comportamiento netamente diferente al resto, que, como podía esperarse, es de mucho menor nupcialidad: entre 2% y 4%, en todas las encuestas. El resto de los deciles registra niveles que se mueven entre un 9 y un 16%, sin que aparezca un patrón jerárquico sistemático, como sí se verificaba en el caso de la reproducción (rever Cuadro 5). Con todo, estos resultados también están afectados por una menor confianza a causa de limitaciones muestrales.

Cuadro Nº 8. Chile: por	centaje de unidas segúr	n decil de ingresos, 2011	2017, mujeres de 19 a	20 años
Decil de ingreso	2011	2013	2015	2017
I	11,2	12,4	12,0	16,7
II	16,2	18,2	17,7	13,4
III	16,3	13,7	16,4	11,3
IV	20,7	15,9	15,2	11,5
V	15,5	16,1	15,0	15,6
VI	19,2	16,4	15,3	14,8
VII	16,3	20,3	8,9	16,0
VIII	12,9	9,4	9,0	14,2
IX	12,4	9,8	12,7	6,9
X	5,2	2,9	2,8	4,9
Total	14,8	14,3	13,4	12,7

Fuente: CASEN, procesamiento especial microdatos.

Nota: Unidas corresponde a: casadas en unión consensual, divorciadas, separadas y viudas.



Las ENJ, por su parte, captan de manera irregular la unión, porque la manera de consultar cambia entre olas de la encuesta. Pero tiene una singularidad que constituye un aporte y por eso el análisis se centrará en ella: capta la condición de pareja (convivencia de cualquier tipo) al momento de la encuesta, en algunas de sus versiones.

El Cuadro 9 expone estos resultados, que muestran niveles bajos de convivencia entre las adolescentes, lo que ratifica que el patrón de unión de Chile es más bien tardío en el contexto de América Latina. La comparación entre los resultados del Cuadro 8 y el Cuadro 9 no es directa por las edades consideradas, las fechas y la variable usada. En parte esto podría explicar la diferencia entre el 12,7% del Cuadro 8 (mujeres de 19 y 20 años) y el 5,2% de las mujeres de 18 y 19 años en 2018 del Cuadro 9. Con todo, la tendencia coincide entre ambas fuentes, pues las ENJ también muestran una declinación, en particular, un descenso desde 12,2% en 2012 a 5,2% en 2018. En el caso de los hombres, en cambio hay estabilidad, claro que en niveles más bajos que las mujeres.

En lo que concierne a la desigualdad, se ratifica que el grupo de mayor nivel socioeconómico presenta índices de convivencia mucho menores que los otros grupos (de hecho, en varias encuestas no se registran casos de convivencia masculina o femenina entre las adolescentes del grupo ABC1) y que los grupos D y E, es decir los de menores niveles socioeconómicos, las adolescentes tienden a registrar los mayores porcentajes, con la excepción del grupo E en 2018 que alcanza valores mucho menores que en las encuestas anteriores. Respecto de la disparidad rural-urbana, en casi todas las encuestas los porcentajes mayores se verifican en el ámbito rural, lo que en general es esperable, aun cuando, como ya se indicó, estas relaciones esperadas por razones históricas no deben darse por garantizadas. De hecho, en algunas encuestas se invierten, aunque nuevamente la confianza de estas estimaciones de eventos tan infrecuentes es baja, y, además, pueden deberse a factores extrínsecos, como las diferencias de escolaridad entre ámbitos urbano y rurales.

	Cuadro Nº9. Chile: proporción de adolescentes que conviven con una pareja por sexo y según grupos de edad, zona de residencia, grupo socioeconómico y condición de estudio (2006–2018)															
\/aviahlaa	Catagorías		2006			2009			2012			2015			2018	
Variables	Categorías	Н	M	T	Н	M	T	Н	M	T	Н	М	Т	Н	M	T
Grupos de	15-17	0,8	2,5	1,6	0,1	2,9	1,4	0,8	4,1	2,3	0,6	1,7	1,1	0,5	0,5	0,5
edad	18-19	2,4	8,3	5,4	3,3	8,4	5,9	5,2	12,2	8,8	3,6	9,2	6,4	2,5	5,2	3,8
7000	Urbano	1,5	4,5	3,0	1,1	4,7	2,9	1,7	7,1	4,4	1,8	4,3	3,0	1,2	2,4	1,8
Zona	Rural	0,3	5,4	2,8	1,8	6,5	4,1	6,7	8,0	7,3	1,3	6,7	3,8	3,1	3,4	3,3
	ABC1	0	0	0	0,6	0	0,3	1,2	0	0,6	2,1	0,3	1,4	0	0	0
	C2	0,4	5	2,6	1,1	3,0	2,0	0	3,3	1,3	0,5	2,7	1,5	0	0,3	0,2
GSE	C3	1,2	2,4	1,8	0,3	4,3	2,2	4,1	4,8	4,4	1,4	4,2	2,8	0,6	3,2	1,9
	D	1,8	6,8	4,3	1,1	6,9	4,0	2,5	11,1	7,1	2,2	5,7	3,9	3,5	4,1	3,8
	E	2,8	7,3	5,1	3,8	8,1	6,0	0,2	7,2	4,4	2,0	4,8	3,3	0	1,0	0,5
Se	Sí	0,3	1,9	1,1	0,6	2,3	1,5	0,7	1,8	1,2	0,7	2,1	1,4	0,6	0,9	0,7
encuentra estudiando	No	5,3	14,3	9,8	3,5	15,1	9,3	11,9	25	19,9	6,7	14,6	10,9	7,3	13,2	10,2
Total		1,3	4,6	2,9	1,2	5,0	3,0	2,4	3,6	4,8	1,7	4,6	3,1	1,4	2,6	2,0

Fuente: Encuestas Nacionales de Juventud (ENJ), procesamientos especiales de bases de microdatos.

5.4. Anticoncepción

En los cuadros 10 y 11 se sistematiza la información considerada clave para evaluar los niveles, tendencias y desigualdades sociales en materia de uso de anticoncepción. Antes de examinarlos, un par de observaciones metodológicas.

La primera, es que las ENJ no son encuestas especializadas en el tema. E incluso para las encuestas especializadas en la materia es complejo indagar con detalle en las prácticas y, sobre todo, la historia anticonceptiva, porque esto requiere de dispositivos biográficos de medición (costosos, complejos y dispendiosos) y de recordación. Por ello, se suele usar períodos acotados y cercanos de tiempo (por ejemplo: uso de anticoncepción en el último mes), o hitos (por ejemplo: primera y última relación sexual) o declaraciones genéricas (usa actualmente/ha usado alguna vez anticoncepción). Por otra parte, en muchos casos hay que usar filtros, el más obvio el de haber tenido relaciones sexuales (o el de estar unida, como se hacía en el pasado por razones culturales). Cualquiera sea el caso, en este estudio el foco estará puesto en el uso en la primera relación sexual, lo que varias investigaciones sugieren como indicador más confiable, aunque ciertamente lejos de perfecto, de una biografía de actividad sexual protegida contra embarazos no planificados, lo que, por lo demás, se evaluará en el capítulo que sigue con modelos multivariados.

La segunda, es que casi tan importante como el uso de anticoncepción es su tipo. Esta afirmación es particularmente relevante en el caso de las adolescentes, el grupo más volátil en materia de regularidad de uso de anticoncepción (Rodríguez et al., 2017). La distinción clásica entre métodos modernos y tradicionales ha ido perdiendo importancia y ahora parece mucho más relevante la distinción entre tipos de métodos modernos. El condón se ha ido generalizando paulatinamente y tiene el gran atributo de ser doble protección (contra embarazo y contra ITS), pero hay abundante literatura y numerosos datos que sugieren que es un método poco eficiente. Esto último, tanto por su tasa de falla -normalmente asociada a mal uso, por ejemplo, tardío es decir cuando ya ha habido algún tipo de eyaculación de líquido seminal, y también a rompimiento, filtración y falencias de ese tipo-, como sobre todo, por su irregularidad y uso circunstancial (el abandono del mismo con parejas estables, por ejemplo) o negociado (lo que aumenta la incertidumbre sobre su uso regular o a todo evento). Por ende, una alta tasa de uso de condón (en los hitos o período mencionados) puede ser engañosa en términos de eficiencia anticonceptiva. Las pastillas anticonceptivas, el otro método por excelencia, suelen requerir una constancia, y a veces exposición, que está desajustada respecto de las dinámicas sociales y sexuales de las adolescentes. Métodos muy eficientes pero irreversibles, como la esterilización, definitivamente no se recomiendan para adolescentes. Lo mismo pasa con otros métodos eficientes como el DIU y ciertas inyecciones. Pero recientemente se ha ampliado la oferta de métodos a los denominados métodos reversibles de larga duración³⁷, a las inyecciones hormonales y a la anticoncepción de emergencia, todos los cuales parecen ser más funcionales y efectivos en el caso de adolescentes. Por ello, es clave indagar en la combinación (mix) de métodos y examinar con atención su prevalencia (la tendencia de esta) entre los diferentes grupos socioeconómicos, así como identificar y reducir las barreras de acceso que aún presentan (Kumar y Brown, 2016).

³⁷ Long-Acting Reversible Contraceptives (LARCs), are the most effective methods of birth control. LARCs include the copper Paragard IUD, the hormonal (progesterone) Mirena IUD, and the hormonal contraceptive implant (effective for 10, 5 and 3 years, respectively). These methods of birth control can prevent unwanted pregnancy up to 20 times better than birth control pills, patches and vaginal rings (https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-columbia-willamette/patient-resources/long-acting-reversible-contraceptives-larcs).



El Cuadro 10 muestra la evolución del uso de anticoncepción en la primera relación sexual entre adolescentes, según algunas variables de cruce. Los porcentajes se calculan respecto de la población de adolescentes iniciados/as sexualmente. La tendencia es claramente hacia el aumento, aunque con algunos altibajos y un salto enorme entre 2015 y 2018. Las mujeres pasaron de un 44,2% en 2003 a un 77,1% en 2018 y los hombres desde 35,5% a un 76,6%. Por otro lado, los datos muestran cambios marcados en la desigualdad social de la "iniciación sexual protegida", tendiendo a desaparecer entre las mujeres en la década de 2010, aunque persiste entre los hombres. Se trata de una mutación importante y que podría estar en la base de la caída generalizada de la fecundidad adolescente en todos los grupos sociales antes constatada. Ahora bien, ciertamente, no parece consistente con la persistencia de la desigualdad social de esta maternidad a fines de la década de 2010, más allá de que la desigualdad mostrada antes en las otras variables intermedias (edad de la iniciación sexual y nupcial) puedan explicar parte de estas disparidades reproductivas. Cabe mencionar que, pese a este aumento de la iniciación sexual protegida, todavía al menos 2 de cada 10 adolescentes debutan sexualmente sin protección, lo que las expone directamente al riesgo de embarazo, con alta probabilidad de ser no planificado³⁸, como se ha verificado en muchos otros países de la región (Rodríguez et al., 2017).

Cuadro Nº1 sexo y segú														mer co	oito, po	or
W : 11	C		2003			2006			2009			2015			2018	
Variables	Categorías	Н	M	T	Н	M	T	Н	М	T	Н	M	T	Н	M	Т
Grupos	15-17	47,3	34,5	41,7	57,7	49,3	54,1	60,9	57,3	59,3	57,7	47,7	53,1	78,9	76,4	77,8
de edad	18-19	27,7	50,5	37,8	59,7	54,9	57,6	55,6	61,0	58,3	56,6	52,3	54,5	75,4	77,4	76,3
7002	Urbano	35,1	46,3	39,8	59,5	51,9	56,2	58,9	61,4	60,1	56,7	47,7	52,4	76,2	78,2	77,1
	Rural	39,1	33,5	36,1	53,9	56,7	55,1	54,1	45,1	50,0	59,9	70,3	64,2	79,2	69,5	74,8
	ABC1	36,2	89,5	51,0	81,4	64,5	74,6	80,2	75,6	77,8	60,4	47,8	55,3	84,3	73,6	82,2
	C2	58,7	36,4	46,2	65,3	69,8	67,2	66,3	75,8	70,5	55,4	58,2	56,7	81,8	86,1	83,9
GSE	C3	35,8	46,9	40,2	66,4	57,9	63,0	54,0	60,7	57,0	55,0	50,4	53,1	77,3	71,3	74,5
	D	33,3	41,5	36,7	46,7	46,1	46,4	54,4	50,9	52,6	57,9	47,6	52,7	73,9	76,4	75,0
	E	28,0	40,8	35,1	44,7	30,8	38,0	43,6	38,1	40,7	63,1	57,0	60,3	60,2	76,2	70,3
Se encuentra	No	22,0	41,3	31,7	49,9	43,9	47,1	53,6	49,1	51,4	52,9	42,0	47,1	78,3	78,4	78,3
	Sí	42,5	46,6	44,1	63,6	58,2	61,3	60,3	64,0	62,0	58,3	53,4	56,1	69,7	72,2	70,9
Total		35,5	44,2	39,3	58,8	52,5	56,1	58,2	59,3	58,8	57,1	50,1	53,8	76,6	77,1	76,8

Fuente: Encuestas Nacionales de Juventud (ENJ), procesamientos especiales de bases de microdatos.

³⁸ Según datos de la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ), la proporción de jóvenes iniciados sexualmente que han vivido un embarazo no planificado ha bajado desde un 30% en 2006, a un 17% en 2018. En adolescentes iniciados (15-19 años), las cifras han descendido desde un 16% en 2006 a un 7% en 2018. Ciertamente esta baja es un logro asociado a la reducción sostenida de la fecundidad adolescente desde 2008, aunque también muestra la necesidad de seguir actuando para prevenir el embarazo no planificado, que es una vulneración de derechos.

Pasando ahora a la combinación de métodos, en el Gráfico 10 se presentan los métodos usados en el primer coito por adolescentes, seleccionando solo aquellos que tienen un 5% o más de prevalencia (entre quienes usaron métodos, por cierto). En ambos sexos predomina ampliamente el condón, ya que más de un 80% de quienes debutaron sexualmente de manera protegida, usó condón para tal protección. Este nivel es ratificado por la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015–2016 del Ministerio de Salud, que muestra que un 69,1% de los/las adolescentes iniciados/as sexualmente (es decir, no solo los que habían iniciado de manera protegida) habían usado condón en su primera relación sexual (Gráfico 33)³⁹.

No obstante el predominio del condón entre las nuevas generaciones, se advierte un leve descenso de su prevalencia, tanto para hombres como para mujeres. Esto va aparejado por el aumento de la prevalencia de la píldora anticonceptiva tradicional en ambos sexos (alcanzando niveles del 30% en el caso de las mujeres en 2018), la anticoncepción de emergencia (o píldora del día después) que, sin embargo, no supera el 10% en ambos sexos, y, llamativamente, por los hormonales inyectables y los implantes en el caso de las mujeres. El coito interrumpido (o retiro) también sube en ambos sexos, aunque apenas supera el 5% en 2018 en ambos sexos. De esta manera, se aprecia un paulatino avance de la doble protección en el primer coito y la emergencia de la pastilla del día después y, sobre todo, de métodos reversibles de larga duración, en particular entre mujeres, como alternativas para esta doble protección en el debut sexual. Se trata de un cambio importante, por la eficiencia de los métodos emergentes, cuyo uso creciente puede ser uno de los factores clave para la reducción de la fecundidad adolescente.

Tan importante como lo anterior es considerar la combinación de métodos según estratos socioeconómicos y su evolución, pues puede captar diferentes condiciones sociales para el ejercicio de los derechos reproductivos, así como efectos de políticas públicas. También es relevante para anticipar escenarios futuros de la trayectoria de la fecundidad adolescente por estrato socioeconómico y, por esa vía, de la evolución de la desigualdad de la reproducción en la adolescencia.

El Cuadro 11 presenta esta combinación de métodos usados a la primera relación sexual por estrato socioeconómico, considerando solo 4 de los 5 más usados ya expuestos en el Gráfico 10. En general, el condón es, por lejos, el método más usado en todos los estratos socioeconómicos, con un 90% de prevalencia en el debut sexual (respecto de los que usaron anticoncepción, cabe reiterar) en todos ellos, en la mayoría de las observaciones. Las fluctuaciones, por ejemplo, la caída de esta prevalencia en el grupo E en 2018, podrían deberse a factores muestrales.

En marcado contraste con el pertinaz predominio socialmente transversal del condón, están las tendencias de los otros métodos más usados, en particular de los emergentes "reversibles de larga duración". Estos últimos virtualmente no existían en la década de 2000 y eso era válido para todos los estratos sociales. En la ENJ de 2015 emergen con un perfil ligeramente elitista, porque su mayor prevalencia se alcanza en el grupo ABC1, pero llamativamente los inyectables registran niveles similares en los grupos D y E. Y en 2018, además de un alza brusca en el

³⁹ Cabe mencionar, eso sí, que esta encuesta muestra un aumento de la prevalencia del condón en el primer coito entre 2006 y 2016, a diferencia de las ENJ que, como se aprecia en el gráfico, muestran un ligero descenso. Puede ser que la diferente definición de los indicadores (ENJ: sobre el total de los que debutaron de manera protegida, ENCOVI: sobre el total de los/las iniciados/as sexualmente).



caso de los implantes, se verifica un marcado cambio del perfil social de las usuarias de estos métodos en la primera relación sexual. De hecho, su prevalencia disminuyó en el grupo ABC1, mientras que aumentó en casi todos los otros grupos y de forma muy significativa en el caso de los implantes, cuya prevalencia supera el 10% en los grupos C3 y E.

Nuevamente se trata de cifras muy relevantes, por cuanto sugieren un nuevo escenario de opciones anticonceptivas para los estratos menos aventajados, justamente los que tienen mayores índices de maternidad adolescente. En este sentido, la efectividad de estos métodos puede ser particularmente útil para las muchachas más expuestas y con más dificultades para el uso eficiente de otros métodos. Y si bien sus índices de uso pueden parecer bajos en comparación con los de las pastillas anticonceptivas y, sobre todo, los del condón, se trata de métodos que muchas veces se comienzan a utilizar después de la iniciación sexual o cuando esta se hace más regular. Los dispositivos, en particular, requieren de una decisión firme de la adolescente que debe exponerse a un procedimiento para su implantación y luego su retiro. Por lo mismo, su uso desde la primera relación sexual sugiere una trayectoria de protección de más largo plazo, eventualmente durante toda la adolescencia, al menos.

La ENJ también recaba información sobre el uso de anticoncepción en la última relación sexual, pero sus resultados no difieren significativamente de los ya expuestos para la primera relación sexual: el uso de anticoncepción llega a 79,2%, 73,4% y 76,5% en hombres, mujeres y total, respectivamente, en 2018 (comparar con el Cuadro 9), y el condón predomina ampliamente, seguido por las pastillas, las inyecciones y los implantes entre las mujeres. La única diferencia, aunque ligera, se aprecia en la desigualdad, porque al menos entre las mujeres sí hay un gradiente con un uso significativamente mayor (cercano al 100%) en las adolescentes ABC1.

Más importante que el poco valor agregado de esta variable, es el hecho de que tiene un problema grave en términos conceptuales y de política. En efecto, la protección en la última relación sexual puede darse entre adolescentes que ya han sido madres. De hecho, la maternidad puede haber facilitado esta protección (por la acción pública, familiar, de la pareja y personal para prevenir embarazos subsecuentes). Por ello, en modelos que no controlan esta temporalidad, este uso puede aparecer asociado a mayor probabilidad de ser madre adolescente (Rodríguez et al., 2017), es decir, las mujeres que usan anticoncepción pueden registrar probabilidades mayores de haber sido madres. Esto no solamente es contraintuitivo, sino que también incorrecto (por causalidad o al menos temporalidad inversa), más aún cuando se pretende extraer conclusiones políticas de esta peculiar asociación. Por ello, estos resultados no se exponen, ni tampoco se usa esta variable en los modelos que se analizan en el capítulo siguiente.

Ahora bien, la interpretación directa de la similitud, comentada previamente, de la prevalencia de uso de anticoncepción en la primera y la última relación sexual, es que dicha prevalencia es más bien estable durante la adolescencia, es decir en las relaciones sexuales tenidas durante la adolescencia. Sin embargo, hay un hallazgo clave que surge de la triangulación entre estas dos variables (uso de condón en el primer coito y uso de condón en el último coito) en la ENJ, por una parte, y una variable adicional de la ENS 2016/17⁴⁰ y de la ENCAVI 2015/16 (p. 47, gráfico 36). Se trata de una consulta sobre la regularidad del uso del condón en las relaciones sexuales de los 12

⁴⁰ En la sábana de datos, hoja: "antecedentes ginecológicos y sexualidad".

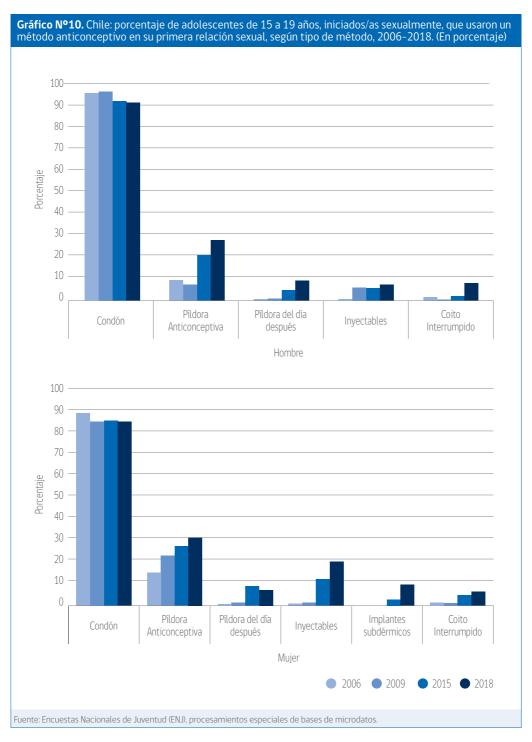
meses previos a la encuesta. Y ambas arrojan niveles bajos -30,4% la ENS y 39,4% la ENCAVI, con solo un ligero aumento desde 2006 en la categoría "siempre".

Lo anterior ratifica, con números actualizados, el predicamento sobre las limitaciones y debilidades que todavía tiene el condón para constituirse en un medio anticonceptivo eficiente entre adolescentes. Esto no es una crítica hacia el método en particular, pues, de hecho, la única recomendación válida al respecto es la pertinencia de su uso a todo evento. Pero, en la práctica, no ocurre así, y entre adolescentes la discontinuidad resulta frecuente. Esto por una variedad de factores, entre ellos: i) rasgos típicos de esta etapa de la vida, como la sensación de invulnerabilidad, la impulsividad, el desafío a las diferentes figuras de autoridad que recomiendan su uso, etc.; ii) la mayor sensibilidad frente a eventuales incomodidades derivadas de su uso; iii) la persistencia de prejuicios y connotaciones asociados a su uso en parejas estables; y iv) las pertinaces desigualdades de género que tiñen los procesos de negociación dentro de la parejas, en particular los chantajes, imposiciones y doble estándares que se aplica a las muchachas cuando quieren usarlo.

Como corolario, dos grandes conclusiones, que pueden requerir estudios adicionales para refinarlas. La primera, vinculada de manera amplia con la prevalencia anticonceptiva entre adolescentes sexualmente iniciados/as, es que esta ha registrado un aumento significativo cualquiera sea el indicador que se use, y ha resultado concomitante con variados esfuerzos públicos en esa dirección. Por su parte, el debut sexual protegido ya es ampliamente mayoritario, aunque todavía puede expandirse porque, de hecho, sigue bastante por debajo de los niveles de los países desarrollados (Rodríguez et al., 2017). Y este debut sexual protegido ha avanzado en todos los grupos socioeconómicos, al punto de que, al menos según las dos últimas ENJ (2015 y 2018), la desigualdad socioeconómica en esta materia ha tendido a descender marcadamente, al menos entre las adolescentes.

La segunda, relacionada con la combinación de métodos, pues los datos sistematizados en este estudio sugieren la emergencia de métodos que pueden cambiar radicalmente la reproducción en la adolescencia, por su efectividad y por su potencial focalización. El caso de los implantes es emblemático. Su efectividad es casi del 100%. Y como requiere de una intervención médica cuasi quirúrgica (actualmente, al menos) y con ello todo el protocolo del caso y todo el despliegue del sistema de salud que implica, hace posible una oferta especial direccionada. ¿Hacia dónde?, hacia los grupos de mayor riesgo, es decir con iniciación sexual más temprana y con más dificultades para manejar eficientemente los métodos clásicos como el condón y las pastillas. Dado que las cifras expuestas en este texto sugieren en torno a 1 de cada 5 adolescentes será madre antes de concluir esta fase (es decir antes de cumplir 20 años, rever el Cuadro 2), entonces, en principio, si este 20% tuviese una prestación de alta calidad, como los implantes, desde su debut sexual, la reproducción en la adolescencia tenderá a cero. Por supuesto, esto es complementario con la continuidad y el mejoramiento del acceso a la anticoncepción al resto de los y las adolescentes que debutan sexualmente durante la adolescencia y que, estadísticamente, han mostrado la factibilidad de prevenir la maternidad durante la adolescencia con los medios anticonceptivos al alcance (entre ellos los implantes, desde luego). Al mismo tiempo, los implantes generan un conjunto de dilemas éticos y de salud pública, pues deben proporcionarse con el más estricto apego a los derechos de los y las adolescentes y no deben llevar a la desprotección en materia de actividad sexual, pues si bien evitan el embarazo, no protegen contra las infecciones de transmisión sexual.





Nota: Los porcentajes pueden sumar más de 100, porque las personas pueden estar usando más de un método (caso típico: condón + otro).

Cuad tipo o	ro Nº11. Chile le método (sel	: propore	ción de dos), se	adoleso gún sex	centes ii xo y gru	niciado: po soci	s sexual peconó	lmente (mico (2)	que usa 006-20	ron AC (18)	en su pri	mer coi	ito, por
CCE	T' AC		2006			2009			2015			2018	
GSE	Tipo de AC	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	Condón	98,6	86,4	94,4	96,5	91,6	94,1	96,6	100	97,8	95,5	97,9	95,9
ABC1	Píldora anticonceptiva	14,1	15,8	14,7	4,4	25,7	15,0	25,5	18,0	22,8	33,6	12,7	30,0
	Inyectables	0	0	0	0	0	0	2,2	16,4	7,2	2,9	4,2	3,1
	Implantes	-	-	-	-	-	-	0	10,1	3,6	4,0	0	3,3
	Condón	93,0	89,6	91,5	96,3	89,7	93,1	90,5	91,5	91,0	93,3	87,0	90,2
C2	Píldora anticonceptiva	12,6	15,1	13,7	7,8	18,4	12,9	20,7	20,6	20,6	24,6	29,0	26,8
	Inyectables	0	0	0	0	0,6	0,3	7,3	7,2	7,3	10,8	8,6	9,7
	Implantes	-	-	-	-	-	-	0	4,3	2,0	3,6	0,4	2,0
	Condón	98,6	91,4	96,0	97,0	71,2	84,9	90,4	89,2	89,9	91,5	87,8	89,8
C3	Píldora anticonceptiva	4,8	12,2	7,5	7,3	33,3	19,5	26,3	23,7	25,3	32,6	33,2	32,9
	Inyectables	0,1	0,7	0,3	0,9	1,5	1,2	5,7	4,4	5,2	6,5	24,0	14,4
	Implantes	-	-	-	-	-	-	0,5	1,5	0,9	5,4	20,1	12,1
	Condón	94,0	86,0	90,3	95,9	85,3	90,8	91,8	80,7	86,7	89,7	80,8	85,6
D	Píldora anticonceptiva	7,9	16,2	11,8	5,2	23,3	14,0	18,3	31,9	24,6	23,5	36,1	29,3
	Inyectables	0	1,6	0,8	0,6	1,8	1,2	6,4	16,9	11,2	5,2	24,9	14,3
	Implantes	-	-	-	-	-	-	3,4	3,3	3,4	4,0	5,2	4,6
	Condón	86,3	88,6	87,2	91,0	83,6	87,4	97,3	81,0	90,2	79,2	67,6	71,2
E	Píldora anticonceptiva	23,5	22,3	23,0	14,0	17,3	15,6	13,8	23,7	18,1	49,5	22,3	30,9
	Inyectables	8,8	0	5,4	0	0	0	1,3	13,0	6,4	4,3	23,3	17,3
	Implantes	-	-	-	-	-	-	0,5	0	0,3	0	10,7	7,3

Fuente: Encuestas Nacionales de Juventud (ENJ), procesamientos especiales de bases de microdatos.

5.5. Aborto

El aborto es, evidentemente, una variable intermedia de la fecundidad. De hecho, es el último peldaño antes del parto. Pero históricamente ha sido invisibilizado por falta de información y estatus legal, lo que se reforzó por la sanción penal a todo evento que recibía desde 1989. Aunque esto cambió en 2017 - con la promulgación de la Ley número 21.030 que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales-, las fuentes de información usadas en este estudio son previas a esta modificación legal y, por ello, recogen poco o nada de información al respecto.



Hay algunos pocos datos oficiales de las prestaciones dadas en el marco de las tres causales, pero el carácter restrictivo de estas, junto con otras limitaciones para la aplicación de la ley, limitan su validez como estimación de la frecuencia relativa del aborto entre las adolescentes chilenas. De hecho, las cifras de aborto realizados en hospitales son bastante más bajas que las estimadas durante la discusión de la ley, que ya eran consideradas conservadoras. Por ende, es probable que el aborto siga siendo en su mayoría clandestino y no registrado y que de manera creciente se realice de manera autónoma y privada mediante ingesta medicamentosa.

En esta línea de información oficial, también están disponibles las estadísticas de egresos hospitalarios, que caratulan la causa de aborto, pero no distinguen su tipo. Dado que los abortos espontáneos (o pérdidas) son frecuentes (ver números en párrafo siguiente), las cifras de estos egresos pueden ser engañosas. E incluso si solo fueran cifras de aborto inducido, corresponderían a casos en que el aborto tuvo complicaciones que obligaron a la internación hospitalaria, lo que subestimaría la cantidad real.⁴¹

Finalmente, algunas encuestas han preguntados por el tema, pero de forma poco precisa y discontinua (Rodríguez et al., 2017). En esa línea, por ejemplo, la ENS 2015-2016 preguntó a las mujeres si habían tenido "embarazos que terminaron en pérdidas, abortos espontáneos o no espontáneos". Un 34,2% de las mujeres que habían tenido un embarazo respondieron afirmativamente, y esa proporción llegó al 13,6% en el caso de las mujeres de 15 a 19 años. Pero nuevamente no hay posibilidad de precisar cuánto de este porcentaje se debe a aborto inducido.

Por su parte, las ENJ también han preguntado sobre este tema en varias versiones (desde 2009 a 2018, exceptuando la versión de 2012) y tienen la ventaja de incluir consultas que permiten filtrar casos para delimitar mejor el denominador. En efecto, es relativamente obvio que no tiene mayor sentido calcular una frecuencia relativa de aborto sobre el total de las adolescentes, porque solo una parte de ellas ha estado expuesta a la posibilidad de realizarse uno, específicamente las que han tenido un embarazo no planificado. Y las ENJ contienen una consulta sobre esto último. Sus datos revelan que, en concomitancia con la caída de la fecundidad y el aumento del uso de anticonceptivos, se ha producido un fuerte baja de la proporción de adolescentes que ha sufrido embarazos no planificados: de cifras del orden del 20% de las sexualmente iniciadas a mediados de la década de 2000 se pasó a un 6,8% en la ENJ de 2018. Sin embargo, dentro de este grupo la prevalencia del aborto es errática y luego de bajar entre 2009 y 2015, sube hasta el 10% en 2018, lo que puede estar influenciado por la posibilidad de acceder a aborto legal. Con todo, se trata de un aumento respecto de una base mucho menor que en el pasado por la ya mencionada reducción de la experiencia de embarazos no planificados.

^{41 2018:} Embarazos terminados en aborto: 26.361 de los cuales 1.286 correspondieron a adolescentes menores de 20 años. Dentro de este grupo, la gran mayoría se clasificó como embarazo ectópico y como otros productos anormales de la concepción, quedando solo 7.217 catalogados como "aborto no especificados", de los cuales 667 correspondieron a adolescentes menores de 20 años (datos disponibles en https://reportesdeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/Menu_publica_nueva/Menu_publica_nueva.aspx).

Modelos multivariados: variables intermedias y subyacentes (distales)

En esta sección se examina, de manera muy apretada, los resultados de unos pocos modelos multivariados que se usan, básicamente, para discriminar la importancia de las variables intermedias y el nivel socioeconómico sobre la probabilidad de haber sido madres en la adolescencia. Por sus características (regresiones logísticas binomiales entre variables sin orden temporal), carecen de posibilidad de detectar causalidad y, de hecho, en algunos casos puede operar hasta causalidad inversa. Por ende, su propósito es más bien ilustrativo y en la línea de lo ya hecho en Rodríguez et al., 2017. Por tratarse de un intento por evaluar conjuntamente variables socioeconómicas (que, en este caso, corresponden a determinantes subyacentes o distales) y variables intermedias (o determinantes próximos), junto con la edad como variable inescapable de control, solo se probaron modelos con las ENJ, que son las que incluyen de mejor manera ambos tipos de variables

Los cuadros 12A y 12B presentan las relaciones de momios (odds ratios) de dos regresiones logísticas de las variables socioeconómicas seleccionadas (nivel educativo, nivel socioeconómico y zona urbana o rural de residencia) sobre la variable resultado (haber, o no, tenido hijos) para mujeres de 15 a 19 años (todas, iniciadas y no iniciadas sexualmente, porque este modelo inicial no considera a las variables intermedias). El modelo controla por edad simple.

El Cuadro 12A solo considera la variable educación y compara las chances del grupo de alta educación (nivel superior completo o incompleto) con las de los otros dos grupos (nivel intermedio: educación media completa e incompleta; y bajo: educación básica completa o menos). Los resultados son tan categóricos como esperables, pues controlando edad y zona de residencia rural-urbana, las chances de haber sido madre adolescente para las muchachas de baja educación son entre 56 y 11 veces (dependiendo de la encuesta) las de las muchachas de educación alta, y en el caso de las muchachas de educación intermedia, son entre 3,5 y 8 veces (dependiendo de la encuesta) las de las muchachas de educación alta. Todos los coeficientes son significativos con un 95% de confianza. En el caso de la zona de residencia, controlando edad y nivel educativo, solo en la ENJ de 2012 se registra un coeficiente significativo (95% de confianza); este indica que las muchachas



rurales tienen una chance de ser madre adolescente 20% superior. El Cuadro 12B, por su parte, agrega la variable socioeconómica "nivel socioeconómico", y los resultados previos no cambian mayormente y la nueva variable registra coeficientes significativos en el sentido esperado (mayores chances de ser madre adolescente en los niveles medio y bajo respecto del alto), pero los odss ratios son bien inferiores a nivel educativo. En suma, de ambas regresiones puede colegirse que incluso controlando edad y zona de residencia las variables socioeconómicas se asocian a las chances de haber sido madre adolescente y que el nivel educativo muestra las mayores disparidades de chances (lo que no debe interpretarse genéricamente, pues puede depender exclusivamente de las categorías y umbrales usados).

Los cuadros 13 y 14, presentan los odds ratios de dos regresiones que combinan variables socioeconómicas con intermedias. Para evitar colinealidad se optó por incluir solo la variable nivel socioeconómico y excluir la de nivel educativo. Se mantuvo la zona de residencia y la edad como controles y se usaron la edad de iniciación sexual, la convivencia y el uso de anticonceptivos como indicadores de las respectivas variables intermedias. El Cuadro 13 considera el uso de anticoncepción moderna en la primera relación sexual como variable de protección anticonceptiva, mientras que la regresión del Cuadro 14 considera el uso de anticoncepción moderna en la última relación sexual como variable de protección anticonceptiva. Las regresiones se estimaron solo para 4 encuestas, las que tenían todas las variables seleccionadas. La diferencia entre ambas regresiones, como es estándar y relativamente obvio, es la inclusión de las variables edad de iniciación sexual y uso de anticoncepción en la primera/última relación sexual, supone que el universo de la regresión no es el total de adolescentes sino solo las menores de 20 años que han tenido actividad sexual.

La mayoría de las variables registran coeficientes significativos y en el sentido esperado. Las sorpresas son: i) la edad de iniciación sexual, cuyo efecto es errático (en una encuesta tiende a reducir la chance de haber sido madre incluso) y no significativo en varias encuestas; ii) la edad, que en la última encuesta (2018) deja de ser significativa. El nivel socioeconómico se asocia a la maternidad adolescente en el sentido esperado, pues las muchachas de nivel socioeconómico intermedio y bajo tienen chances mayores de haber sido madres, y las odds ratios del nivel socioeconómico bajo son clara y sistemáticamente mayores que los niveles superiores. Ahora bien, al incluir las variables intermedias en la regresión, el efecto socioeconómico se reduce (las odds ratios son inferiores a 4) y en algunos casos y encuestas incluso pierde significación estadística. Esto no debiera extrañar porque como se vio en las secciones previas, la desigualdad socioeconómica también se expresa en las variables intermedias y de hecho actúa a través de ellas para el resultado final de niveles reproductivos desiguales en la adolescencia. En este sentido, la principal conclusión del Cuadro 13 es que tanto el debut sexual protegido como la postergación de la unión son significativos para reducir las chances de maternidad adolescente, mientras que, la edad de iniciación sexual no es estadísticamente significativa. Esto último puede deberse, justamente a la acción anticonceptiva, aunque de todas maneras llama la atención que un factor tan întimamente asociado al tiempo de exposición al riesgo pueda ser irrelevante para la chance de ser madre adolescente. La explicación metodológica vía su relación con la edad no aplica por estar la edad incluida en la regresión. Con todo este hallazgo no significa que la trayectoria sexual sea irrelevante, porque la regresión excluye los casos de muchachas no iniciadas sexualmente y la postergación de la iniciación de estas sí las excluye del riesgo de embarazo y por ende maternidad. Así las cosas, claramente los resultados dan indicaciones de política que apuntan al efecto de dos variables intermedias: protección anticonceptiva desde el inicio de la vida sexual y reducción de

la unión en la adolescencia, aunque en este último caso es evidente que la asociación puede ser inversa, es decir primero maternidad o embarazo y luego unión. La tercera, actividad sexual, no debiera descartarse eso sí, porque en ausencia de anticoncepción oportuna, regular y efectiva, evidentemente tiene un efecto aumentador de las chances de maternidad adolescente.

El Cuadro 14, por su parte, solo tiene por objetivo evaluar el segundo indicador de protección anticonceptiva (uso en la última relación sexual). Tal como se indicó previamente y como está descrito en la literatura, su comportamiento es errático (a diferencia del indicador de debut sexual protegido), lo que refuerza el argumento de que es un indicador que es confuso y no aporta mayormente a la comprensión de los factores determinantes de la maternidad adolescente.

En síntesis, esta primera aproximación a los factores directos y distales de la maternidad adolescente confirma la importancia de las variables sugeridas por la literatura, en particular el nivel socioeconómico y el nivel educativo entre las subyacentes y la unión y el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual (que, por definición, no está afectada por causalidad inversa, aunque sí por la incertidumbre respecto de la trayectoria posterior en materia de protección anticonceptiva entre las intermedias). En cambio, descarta que la distinción rural-urbana tenga una incidencia una vez controlados los anteriores factores, al menos en Chile, y también ratifica que el uso en la última relación sexual no es un buen predictor del riesgo de maternidad adolescente, básicamente por la causalidad inversa. Asimismo, de forma hasta cierto punto llamativa, relativiza la importancia del calendario de la iniciación sexual como factor de riesgo, aunque desde luego no descarta la importancia de este calendario porque el modelo solo considera iniciadas sexualmente y como se vio en otros capítulos, la postergación del debut sexual a escala agregada parece haber contribuido a la baja de la fecundidad adolescente del país. Por supuesto que se trata de modelos muy básicos que requieren de mayor especificación y sobre todo de datos de mayor especialización y con temporalidad precisa si se quiere avanzar hacia la identificación de relaciones causales. Y no hay encuestas especializadas que ofrezcan estos datos en Chile actualmente. Pero para efectos de los objetivos de este estudio, son suficientes para ilustrar la importancia de considerar simultáneamente las variables intermedias y las distales.



Cuadro Nº12A. mujeres de 15-1	Modelo 1 de regresiones 19 años en Chile. 2003 a	s logísticas 2018, mues	binomiales, stra total	con los odo	ds ratio de h	naber sido n	nadre, para
	Variables	2003	2006	2009	2012	2015	2018
	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
	Edad	2,216	2,531	2,782	1,912	2,003	2,014
Nivel educacional	Superior completa e incompleta (categoría de referencia)						
	Media completa e incompleta	8,073	8,060	5,394	6,668	3,421	5,826
	Básica completa o menos	52,715	56,669	56,572	27,327	11,150	33,069
	Urbano (categoría de referencia)						
Zona	Rural	1,059	1,028	1,078	1,267	0,878	0,607
N		1659	1628	1878	1856	1897	1452

Fuente: ENJ años indicados (base de microdatos).

Cuadro Nº mujeres de	12B. Modelo : 15-19 años e	1 de regresion en Chile. 2003	es logísticas b a 2018, muest	inomiales, cor ra total	n los odds ratio	o de haber sido	o madre, para
Variables Exp(B)		2003	2006	2009	2012	2015	2018
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
	Edad	2,239	2,486	2,746	1,915	1,966	1,976
Nivel educacional	Superior completa e incompleta (categoría de referencia)						
	Media completa e incompleta	7,214	6,086	4,694	5,823	3,104	3,505
	Básica completa e incompleta	41,835	36,651	42,156	24,075	9,085	17,324
NSE	ABC1 (categoría de referencia)	Nivel Alto (ABC1+C2) Categoría de referencia	Nivel Alto (ABC1+C2) Categoría de referencia		Nivel Alto (ABC1+C2) Categoría de referencia		Nivel Alto (ABC1+C2) Categoría de referencia
	C2			1,798		2,269	
	C3	Nivel Medio (C3+D) 1,805	Nivel Medio (C3+D) 3,321	3,516	Nivel Medio (C3+D 2,068	2,882	Nivel Medio (C3+D) 3,615
	D			3,801		3,739	
	E	Nivel Bajo (E) 3,189	Nivel Bajo (E) 3,760	3,536	Nivel Bajo (E) 0,953	3,500	Nivel Bajo (E) 7,105
Zona	Urbano (categoría de referencia)						
	Rural	0,837	0,852	0,946	1,389	0,798	0,493
N		1659	1628	1878	1856	1897	1452

Fuente: ENJ años indicados (base de microdatos).

Nota: Esta regresión se diferencia con la del cuadro anterior 12A solo en la inclusión de la variable Nivel Socioeconómico (NSE).



Cuadro Nº13. Modelo 2 de regresiones logísticas binomiales, con los odds ratio de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile. 2006 a 2018, muestra de mujeres iniciadas sexualmente

		00 a 2020,aost.			
Variables Exp(B)		2006	2009	2015	2018
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Edad		1,875	1,583	1,489	1,155
	Alto (ABC1+C2) categoría de referencia				
NSE	Medio (C3 + D)	3,260	2,389	2,509	1,166
	Bajo (E)	3,831	3,086	1,612	3,619
Zona	Urbano (categoría de referencia)				
Zoria	Rural	1,105	0,811	0,717	0,797
Edad de inicio sexual	Edad de inicio sexual		0,999	0,982	1,011
Uso de MAC	Usó MAC en la primera relación sexual (categoría de referencia)				
	No usó MAC en la primera relación sexual	3,716	2,617	2,273	3,332
Convivencia	No convive con la pareja (categoría de referencia)				
	Convive con la pareja	11,316	10,924	10,232	16,41
N		581	1878	879	562

Fuente: ENJ años indicados (base de microdatos).

Cuadro Nº14. Modelo 3 de regresiones logísticas binomiales, con los odds ratio de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile. 2006 a 2018, muestra de mujeres iniciadas sexualmente						
Variables		2006	2009	2015	2018	
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	
Edad		1,853	1,553 1,321		1,136	
	Alto (ABC1+C2) categoría de referencia					
NSE	Medio (C3 + D)	4,229	2,792	3,115	1,550	
	Bajo (E)	6,402	3,809	2,189	3,787	
7ona	Urbano (categoría de referencia)					
20110	Rural	0,906	0,906	0,670	0,170	
Edad de inicio sexual	Edad de inicio sexual		0,994	0,985	0,987	
Uso de MAC	Usó MAC en la última relación sexual (categoría de referencia)					
	No usó MAC en la última relación sexual	0,908	0,889	0,434	3,657	
Convivencia	No convive con la pareja (categoría de referencia)					
	Convive con la pareja	10,153	11,174	9,545	18,454	
N		581	1878	879	562	

Fuente: ENJ años indicados (base de microdatos).



THE TAIL THE TAIL TO THE TAIL

Chile demostró, en la década de 2010, que es posible reducir rápida y significativamente la fecundidad adolescente en el marco de políticas y programas activos dirigidos hacia ese objetivo. Más aún, de forma más bien excepcional en la región, logró una reducción transversal en términos socioeconómicos y todos los estratos tendieron a bajar desde fines de la década de 2000.

En ese sentido, su experiencia debiera ser considerada cuidadosamente por países hermanos de América Latina, en los cuales la fecundidad adolescente se resiste a bajar y todavía mantiene niveles elevados, solo por debajo del África subsahariana (Rodríguez 2017; CEPAL, 2019). ¿Cómo fue posible esto? Por la confluencia sinérgica de un conjunto de factores, algunos inducidos, otros estructurales y algunos más bien sorpresivos. En este sentido, tal como la coexistencia de factores adversos genera los escenarios denominados "tormentas perfectas", en el caso de Chile parece haber ocurrido su antítesis y durante la década de 2010 concurrieron varios factores que coadyuvaron al descenso de la fecundidad adolescente. Entre ellos están:

En primer lugar, un aumento significativo del acceso a anticoncepción en virtud del derribamiento de algunas barreras que lo limitaban, en particular legales e institucionales, y también de una acción facilitadora de este acceso, incluyendo la provisión pública de anticoncepción, en el marco de un enfoque que considera como superiores los derechos (entre ellos los sexuales y reproductivos) y el bienestar de los y las adolescentes por sobre otros actores. Respecto de este factor, hay un segundo elemento, cual es la irrupción de nuevos métodos anticonceptivos, que son de alta eficiencia y que se expandieron entre los grupos de mayor fecundidad adolescente en el pasado.

En segundo lugar, está la aparición de la anticoncepción de emergencia, que, si bien no registra una alta cobertura en las fuentes disponibles, sí entraña un resguardo que antes no existía y cada una de ellas puede ser un embarazo no planificado evitado.



En tercer lugar, está la instalación y luego la ampliación masiva de los espacios amigables, que no solo facilitan el acceso a anticoncepción, sino que también ofrecen capacitación y consejería y, por esa vía, pueden suplir, al menos parcialmente, las persistentes debilidades de la educación integral para la sexualidad en el país.

En cuarto lugar, está la inflexión de la actividad sexual en la adolescencia, que luego de muchos años de adelantamiento y masificación, se atrasa y, por ende, se reduce durante la adolescencia, lo que obviamente recorta el período de exposición al riesgo de embarazo, neutralizando, de paso, el persistente adelantamiento de la menarquia.

En quinto lugar, está el descenso gradual de la unión en la adolescencia, que, si bien ha sido ligero, importa por la estrecha relación que hay entre unión y maternidad, que queda muy clara en los ejercicios multivariados, aunque con la prevención que puede haber causalidad inversa en este vínculo.

En sexto lugar, está el aumento del nivel educativo y, en particular, la masificación de la educación universitaria que es, por lejos, la que se asocia a menor probabilidad de maternidad adolescente (nuevamente, no se trata de establecer relaciones causales, porque hay evidente sesgo de selección en este caso).

Y en séptimo lugar están dos temas ligados, pero sobre los cuales se indagó poco o nada en este estudio por falta de datos. Uno de ellos es el aborto, que en otros países del mundo donde es legal, es decisivo para mantener tasas de fecundidad adolescente bajas o muy bajas (como España, Rodríguez (2017)), pero que en Chile difícilmente podrá actuar de esa manera por estar penalizado solo en tres causas, bastante acotadas por lo demás. El otro tema es el empoderamiento femenino, que ha sido particularmente fuerte en las nuevas generaciones y que parece haber contribuido a un mayor control de las adolescentes sobre su cuerpo y a un creciente peso en las decisiones sobre prevención de embarazo. Desde luego esto debe ser cotejado no solo con indicadores colaterales (como el aumento de los implantes subdérmicos) sino con indicadores directos sobre valores, actitudes y conductas, pero las fuentes para ello aún no están en el país.

Justamente con relación a fuentes e indicadores no disponibles, uno de los grandes temas de la reproducción adolescente, su deseabilidad, sigue sin poder ser evaluado en el país por la falta de datos especializados. Lo más probables es que sea baja y en retroceso, como se deriva de la espectacular caída de la fecundidad adolescente en el período 2013–2018, pero identificar su cuantía y nicho podría ser relevante para acciones focalizadas pero integrales de promoción y prevención⁴².

Finalmente, muchos otros desafíos de investigación y sobre todo de política surgen de los datos y su análisis, entre ellos: i) no caer en la autocomplacencia por la baja reciente de la fecundidad adolescente, sobre todo porque aquella que acontece antes de los 15 años debiera ser cero y la del grupo 15-19 todavía puede ser mucho menor, como lo muestran las cifras de la mayoría de los países desarrollados, entre ellos los del sur de Europa, y las tasas alcanzadas en varias comunas del país, típicamente las más acomodadas, eso sí; ii) la necesidad de tener más datos y ahondar en el análisis de los adolescentes hombres; iii) los flancos que abren los nuevos métodos anticonceptivos en términos éticos y también de comportamiento sexual, incluyendo el riesgoso (por ITS); iv) la desigualdad social y territorial de la fecundidad adolescente, que es alta y persistente.

⁴² Si bien en la última ENJ se agrega una pregunta sobre deseos de tener algún hijo, aun no es posible establecer comparaciones de tendencia.

Referencias

Alpizar, J., Rodríguez, P., y Cañete, R. (2014). Intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes de una escuela secundaria básica. Unión de Reyes, Matanzas, Cuba. Revista Médica Electrónica, 36(5), 572-582.

Antona, A., y Madrid, J. (2009). Anticoncepción de emergencia, adolescencia y representaciones sociales. Sexología Integral, 6(3), 102–108.

Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. The Lancet, 369(9586), 1220–1231. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5

Binstock, G. (2016). Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20 en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version.pdf

Breinbauer, C., y Maddaleno, M. (2005). Youth: choices and change, promoting healthy behaviors in adolescents (Scientific and Tecnichal Publication N°594). Pan American Health Organization (PAHO). https://iris.paho.org/handle/10665.2/708

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2019). Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/6), Santiago, 2019. https://www.cepal.org/es/publicaciones/44457-primer-informe-regional-la-implementacion-consenso-montevideo-poblacion.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2016). Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible (LC/G.2660/Rev.1), Santiago, 2016. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40159/4/S1600653_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014). Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible (LC/G.2586(SES.35/3)), Santiago, 2014. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36692/LCG2586SES353s_es.pdf?sequence=6

Castro, G., Carrasco, M., Solar, F., Catrién, M, Garcés, C., y Maricorena, C. (2019). Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, período 2010-2017. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 84(1), 28-40. http://dx.doi. org/10.4067/S0717-75262019000100028

Céspedes, C., y Robles, C. (2016). Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad. serie Asuntos de Género, N° 133 (LC/L.4173), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). N° de venta: S.16-00427.



Chandra-Mouli, V., Plesons, M., Hadley, A., Maddaleno, M., Oljira, L., Tibebu, S., Akwara, E., Engel, D. (2019). Lesson learned from national government-led efforts to reduce adolescent pregnancy in Chile, England and Ethiopia. Early Childhood Matters, 2019, 50-56. https://earlychildhoodmatters.online/2019/lessons-learned-from-national-government-led-efforts-to-reduce-adolescent-pregnancy-in-chile-england-and-ethiopia/?ecm2019

Cherry, A., y Dillon, M. (Ed.). (2014). International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses. Springer.

Contreras, K., y Lisboa, S. (2017). Biopolítica y Educación sexual: Discursos de jóvenes de Antofagasta-Chile y Ocotlán-México sobre socialización educativa del inicio sexual. La Manzana de la Discordia, 12(1), 77-91. https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v12i1.5478

Contreras, Y. (2016). Nuevos habitantes del centro de Santiago. Universitaria. Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O., Barnekow, V. (Ed.). 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. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf

Dides, C. y Fernández, C. (Ed.). (2016). Primer Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Estado de la situación 2016. Corporación MILES. http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf

Dussaillant, F. (2010). Comportamientos riesgosos entre los jóvenes: el caso de la actividad sexual (Documento de Trabajo N°381). Centro de Estudios Públicos. https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160304/asocfile/20160304095115/FDussaillant_jovenes.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la Población Mundial 2013. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2015a). 10 mitos Sobre la Educación Sexual Integral, Lima. https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-10-Mitos-y-Verdades-ESI.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2015b). La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPAEvaluation_ES.pdf

García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79–87.

González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., y Molina, R. (2009). Factores asociados a la continuidad del uso de anticonceptivos en adolescentes solteras nulíparas. Revista Médica de Chile, 137(9), 1187–1192. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000900007

González, E., Montero, A., Martínez, V., Mena, P., y Varas, M. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 75(2), 84–90. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000200002

González, C., Montero, A., Verges, V., y Leal, I. (2011). Use of Contraceptive Implant (Implanon) Among Chilean Adolescents. Journal of Pediatric and Adolescent Gyncology, 24(2), e70-e71. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2011.01.063

González, E., Molina, T., y Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 78(1), 4-13. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000100002

González, E., Molina, T., y Luttges, C. (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 80(1), 24-32. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004

González, E., Breme, P., González, D., Molina, T., y Leal, I. (2017). Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes de un centro de atención de salud sexual y reproductiva. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 82(6), 692-705. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600692

 $\label{lower} \textbf{INJUV (2019a).} \ Novena \ Encuesta \ Nacional \ de \ Juventud \ 2018. Santiago, \ Chile: \ Instituto \ Nacional \ de \ la \ Juventud. \\ \ http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/9\%C2\%B0_Encuesta_Nacional_de_Juventud_2018.pdf \ .$

INJUV (2019b). Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018. Informe general de resultados. Santiago, Chile: Instituto Nacional de la Juventud. http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/IX_ENCUESTA_NACIONAL_DE_LA_JUVENTUD_2018.pdf.

INJUV/DESUC (2020). Evidencia a través de la vivencia: una nueva mirada en Chile sobre el embarazo adolescente. Santiago, Chile: Instituto Nacional de la Juventud. http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Embarazo_Adolescente%281%29.pdf.

Jarin, J., Dietrich, J., y Sangi-Haghpeykar, H. (2015). The Success of Long-Acting Reversible Contraceptives Compared with Oral Contraceptive Pills in an Adolescent Population. Obstetrics & Gynecology, 125(5), 73s.

Juárez, F. y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de Población, 11(45), 177–219. Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. Family Planning Perspectives, 33(6), 276–281. DOI: 10.2307/3030195

Kramer, K. y Lancaster, J. (2010). Teen Motherhood in Cross-cultural Perspective. Annals of Human Biology, 37(5), 613-628. DOI: 10.3109/03014460903563434.



Kumar, N. y Brown, J. (2016). Access Barriers to Long-Acting Reversible Contraceptives for Adolescents. Journal of Adolescent Health, 59(3), 248–253. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.039 Leal, I., Molina, T., Montero, A., y González, C. (2016). Efectos secundarios en adolescentes chilenas usuarias de implante anticonceptivo subdérmico de etonogestrel. Revista Matronas Profesión, 17(4) 137–142.

López, P., Bravo, E., Benítez, C., y Cepero, L. (2010). Caracterización de la conducta sexual y reproductiva en féminas de la enseñanza secundaria. Revista MediSur, 8(5), 332–337.

Luengo, M. X., Millán, T., Zepeda, A., y Tijero, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención en salud sexual y reproductiva. Revista Chilena de Pediatría, 83(6), 540-551.

Ley 20.418 de 2010. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. 18 de enero de 2010. D.O. 02.02.2010.

Macintyre, A., Montero, A., y Sagbakken, M. (2015). From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. BMC Public Health, 15(945), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2253-9

Ministerio de Salud (2002). Los Objetivos Sanitarios para la década 2000–2010 (Primera edición). http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politicas_Nacionales_Salud-Chile_2000-2010.pdf Ministerio de Salud (2006). Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. https://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/normas_nacionales_sobre_regulacion_de_la_fertilidad.pdf

Ministerio de Salud (2008). Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. 2008-2015. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2017/01/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-J%C3%B3venes-2008-2015-Chile_0.pdf

Ministerio de Salud (2012). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf

Morán, J. (2013). La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. Revista Brasileira de Estudos do Populacao, 30(1), 125–144. https://doi.org/10.1590/S0102-30982013000100007

Naciones Unidas (2018). Marco de Indicadores Mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf

Nuevo-Chiquero, A., y Pino, F. (2019). To Pill or Not to Pill? Access to Emergency Contraception and Contraceptive Behaivour (Discussion paper series N° 12076). Bonn: IZA Institute of Labor Economics. http://ftp.iza.org/dp12076.pdf

Moultrie, T., Dorrington, R., Hill, A., Hill, K., Timæus, I., y Zaba, B. (Ed.). (2013). Tools for Demographic Estimation. Paris: International Union for the Scientific Study of Population. http://demographicestimation.iussp.org/sites/demographicestimation.iussp.org/files/TDE_2013_2ndImpression.pdf

Obach, A., Sadler, M., y Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. Revista de Salud Pública, 19(6), 848–854. http://dx.doi.org/10.15446/rsap. v19n6.70023

Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F., y Bernales, M. (2018). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. Revista Panamericana de Salud Pública, 42, e124. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.124

Organización Mundial de la Salud. (2009). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44710/9789243563886_spa. pdf;jsessionid=3062E1C7AE6241216D465AC316A81BAD?sequence=1

Parra, J., y Pérez, R. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. Perinatología y Reproducción Humana, 24(1), 7-19.

Parra, J., Domínguez, J., Maturana, J., Pérez, R., y Carrasco, M. (2013). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Salud Colectiva, 9(3), 391-400. https://doi.org/10.18294/sc.2013.193

Raine, T., Foster, A., Upadhyay, U., Boyer, C., Brown, B., Sokoloff, A., y Harper, C. (2011). One-Year Contraceptive Continuation and Pregnancy in Adolescent Girls and Women Initiating Hormonal Contraceptives. Obstetrics & Gynecology, 117(2), 363–371. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31820563d3

Ramos de Moura, L., Romano, J., Regina, P., Mesquita, J., Cordetro, M., Andrade, J. de Freitas, C. (2013). The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. Caderno de Saúde Pública, 29(5), 1008-1018.

Rendall, M. S., Ekert–Jaffé, O., Joshi, H., Lynch, K., y Mougin, R. (2009). Universal versus economically polarized change in age at first birth: a french-british comparison. Population and development review, 35(1), 89–115. https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2009.00262.x

Resolución Exenta Nº 04441 de 2011 [Ministerio de Educación] Aprueba bases administrativas para presentar propuesta sobre perfeccionamiento docente en programas de sexualidad, afectividad y género. 12 de agosto de 2011.

Resolución Exenta N°1267 de 2016 [Ministerio de Salud]. Aprueba Programa Espacios Amigables Para Adolescentes (EA). 28 de noviembre de 2016.

Robledo, P. (2014). Salud sexual y reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería. Apuntes de clase, Lección 1: Adolescencia y Juventud. Santiago de Chile, mimeo.



Rodríguez, J., Paéz, K., Ulloa, C., y Cox, L. (2017). Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas (Población y Desarrollo Nº 116). Comisión Económica para América Latina https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41135/1/S1700062_es.pdf

Rodríguez Vignoli, J. (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. (Documentos de Proyectos) (LC/W.605). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262_es.pdf

Rodríguez Vignoli, J. (2014b). Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. En S. Cavenaghi, y W. Cabella (Comps.) Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. (pp.33-67). Serie e-Investigaciones N° 3. Asociación Latinoamericana de Población. http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/SerieE-Investigaciones_N3_ALAP.pdf

Rodríguez, J. y Rowe, F. (2017). ¿Contribuye la migración interna a reducir la segregación residencial?: el caso de Santiago de Chile 1977–2002. Revista Latinoamericana de Población, 11(21), 7-46. https://doi.org/10.31406/relap2017.v11.i2.n21.1

Sánchez, N., Grogan-Kaylor, A., Castilla, M., Caballero, G., y Delva, J. (2010). Sexual intercourse among adolescents in Santiago, Chile: A study of individual and parenting factors. Revista Panamericana de Salud Pública, 28(4), 267–274.

Schiappacasse, V., Bascuñan, T., Frez, K., y Cortés, I. (2014). Píldora anticonceptiva de emergencia: características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 79(5), 378–383. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500004.

Secura, G., Malden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., y Buckel, C. (2014). Provision of nocost, long-acting contraception and teenage pregnancy. The New England Journal of Medicine, 371(14), 1316–1323. DOI: 10.1056/NEJMoa1400506

Severino, A., Velásquez, A., Rivera, J., y González, E. (2017). Anticoncepción en la adolescencia: motivaciones, elecciones y educación sanitaria en un centro de medicina reproductiva de Chile. Revista Matronas Profesión, 18(4), 144–151.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019. Custom data acquired via website https://population.un.org/wpp/.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2015). Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education, a global review. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization-Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe-OREALC (2017). Educación integral en sexualidad y currículo en Latinoamérica y el Caribe. Revisión documental de la inclusión de la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en los programas educativos oficiales con miras al cumplimiento de los compromisos del Consenso de Montevideo. Santiago, inédito.

Páginas web

Banco de datos de Migración interna en América Latina y el Caribe (MIALC), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE): https://celade.cepal.org/bdcelade/mialc/ Bases de datos y Publicaciones Estadísticas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL):https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e

Defensoría de la Niñez: https://www.defensorianinez.cl/

Demographic and Health Surveys, The DHS Program: www.measuredhs.com

Espacios Amigables, Ministerio de Salud: https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes-2/espacios-amigables/

Estadísticas Vitales, Instituto Nacional de Estadísticas: https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones

Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social y Familia: http://www.injuv.gob.cl/

Informes Encuestas, Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, Ministerio de Salud: http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/

Long Acting Reversible Contraceptives (LARCs), Planned Parenthood: https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-columbia-willamette/patient-resources/long-acting-reversible-contraceptives-larcs

Mira que te miro: https://miraquetemiro.org

Proyecciones de población, Instituto Nacional de Estadísticas: https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion

SDG Indicators, United Nations: https://unstats.un.org/sdgs/METADATA?Text=&Goal=3&Target=3.7 World Population Prospects, United Nations: https://population.un.org/wpp/







Al servicio de las personas y las naciones

