



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Jorge Rodríguez Vignoli, CELADE-División de Población de la CEPAL, jorge.rodriguez@un.org

Antonia Roberts, Universidad de Chile, antonia.roberts.pozo@gmail.com

**El descenso de la fecundidad adolescente en Chile en
la década de 2010: magnitud, determinantes y políticas**

I. Introducción, objetivos, antecedentes y preguntas guía

Durante el siglo XXI, la fecundidad adolescente se ha convertido en un asunto de alta relevancia para la agenda social y, en particular, para la agenda de juventud (eventualmente la agenda de infancia también) en los países de América Latina y el Caribe. Esto se ha debido a un conjunto de factores tales como: el aumento que presentó a finales de siglo pasado e inicios del siglo actual, sus niveles elevados en comparación con la fecundidad total y la condición de “ingreso medio” de la región, la enorme desigualdad social de esta fecundidad y los altos y crecientes niveles de no deseabilidad y, por ende, vulneración de derechos, que registra. A esto se le suman un conjunto de adversidades sociales que entraña, que están bien documentadas (Rodríguez y Roberts, 2020).

Este creciente relevancia de la fecundidad adolescente como asunto de análisis y de políticas públicas, se expresó regionalmente en el capítulo B del 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. A escala mundial, se manifestó en la Agenda 2030 y sus ODS (cuya meta 3.7 tiene como indicador 3.7.2 a la tasa específica de fecundidad adolescente).

En el caso de Chile, la acción en esta materia ha sido intensa en las últimas décadas, en particular durante el siglo XXI. Ha tenido, de hecho, un cierto carácter 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. Claro que este foco, y con relativo éxito como se verá en este texto, en prevenir la fecundidad adolescente, contrasta con el rezago y las debilidades de la educación integral para la sexualidad

En Rodríguez y otros (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 adolescente, 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.

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 y otros (2017), queda muy 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.

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 (matrimonio en esta fase de la vida casi no existen ya). 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, 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.

Por otro lado, respecto del uso de anticonceptivos, las tendencias descritas en Rodríguez y otros (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 derecho con la promulgación de la ley 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 político 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 -desde el PA de la CIPD de 1994 hasta la Declaración BI-Ministerio “Educar para Prevenir” de 2008, el Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA) del ORAS-CONHU, 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 la Agenda 2020 y sus ODS (cuya meta 3.7 tiene como indicador 3.7.2 a la tasa específica de fecundidad adolescente).

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 Estado, 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 y 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 (Chile, 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 legado a 46 hijos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años 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. 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 (Chile, 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 está resguardada por el Código Penal, el Código Procesal Penal chileno y la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Chile, Ministerio de Salud, 2006).

En el año 2008 se lanzó la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes 2008-2015. Esta política tiene como fundamento el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, incluyéndolos como parte esencial de la salud y la educación, donde su propósito último es contribuir al máximo estado de bienestar bio-psicosocial de los adolescentes (Chile, Ministerio de Salud, 2008). El mismo año, 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 (Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2014). 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 (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>).

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 (Chile, Ministerio de Salud, 2010). Además, establece la libertad para la elección de los métodos de regulación de la fertilidad y la responsabilidad del Estado de poner a disposición los métodos anticonceptivos para la población (Chile, Ministerio de Salud, 2010). La única excepción en

cuanto a la confidencialidad es la entrega de la anticoncepción de emergencia 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, aumentando el uso del condón en un 20%; la promoción de estrategias preventivas para reducir la fecundidad en menores de 19 años, incluyendo programas que promuevan el aumento de consejerías en salud sexual y reproductiva y del acceso de métodos de regulación de la fecundidad y teniendo como meta la reducción en un 20% de la tasa específica de fecundidad adolescente (Chile, 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 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 biopsicosocial saludable y asegurar la atención espontánea y programada de salud sexual y reproductiva, ya sea por medio de consejerías como consultas de anticoncepción de emergencia (cuya provisión no requiere de receta de 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 significativos 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 (MINSAL 2018, CEPAL, 2019; <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes-2/espacios-amigables/>).

Finalmente, la despenalización del aborto en tres causales mediante la ley 25731, 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, el componente rezagado de este esfuerzo ha sido la educación integral para la sexualidad. El balance efectuado por la corporación MILES en 2016, así como el expuesto en la plataforma virtual de la sociedad civil denominada “Miro que te miro” 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. 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), lo que ocurre es que se carece 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. Por ello UNESCO (2017) concluye 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).

En síntesis, la fecundidad ha caído fuerte en Chile desde la década de 1960 y desde hace varios años ya está bajo el nivel de reemplazo. Pero su calendario aún está muy distante del tardío de los países desarrollados. Pero la década de 2010 muestra una caída importante de la fecundidad adolescente y signos de creciente postergación del debut reproductivo (Rodríguez y otros, 2017). Usando datos nuevos y recientes se procurará responder dos preguntas enmarcadas en la discusión sobre la aplicabilidad del enfoque de la segunda transición demográfica a países en desarrollo, donde la desigualdad social es mucho mayor y tiene más relevancia para las tendencias demográficas:

- a. **¿Cuánto y cómo ha caído la reproducción en la adolescencia en Chile en la década de 2010?**
- b. **¿Cuáles han sido las claves de esta caída, en particular entre las variables intermedias?**

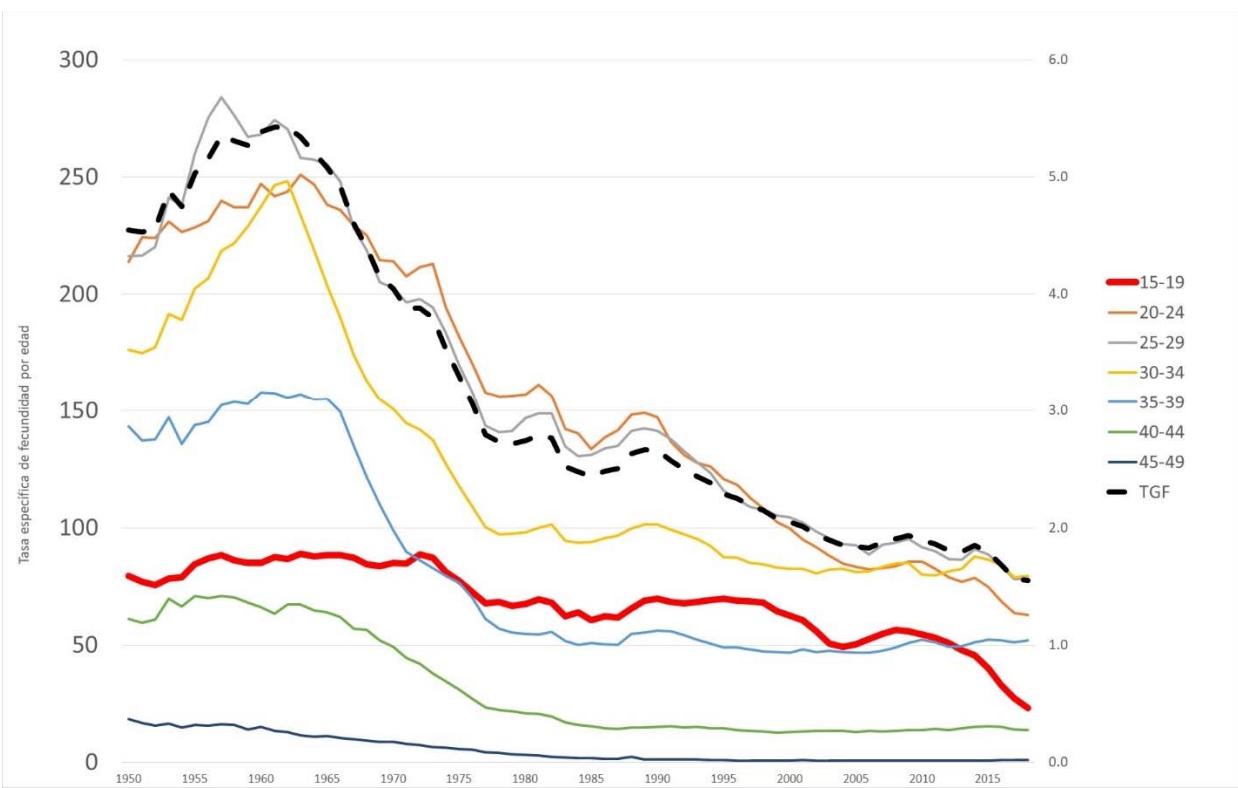
2. Resultados

2.1. Fecundidad, maternidad y número de hijos de las madres

Los datos actualizados de las estadísticas vitales revelan 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 punteada en el Gráfico 1). Se trata de la baja sostenida de la fecundidad, en el marco de la transición demográfica. La Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA), es decir, del grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad, es la línea 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. Nunca se volvió a los niveles pre-transicionales, pero hasta mediados de la década de 2000 se empinaban 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, y mostraba zigzagueos a diferencia de las otras edades. Sin embargo, desde 2008 en adelante registra una caída sistemática que se acelera notablemente desde 2012. 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 histórica y también la menor de América Latina.

Gráfico 1

Chile 1950-2018: tasas específicas de fecundidad por edad y TGF de fecundidad adolescente



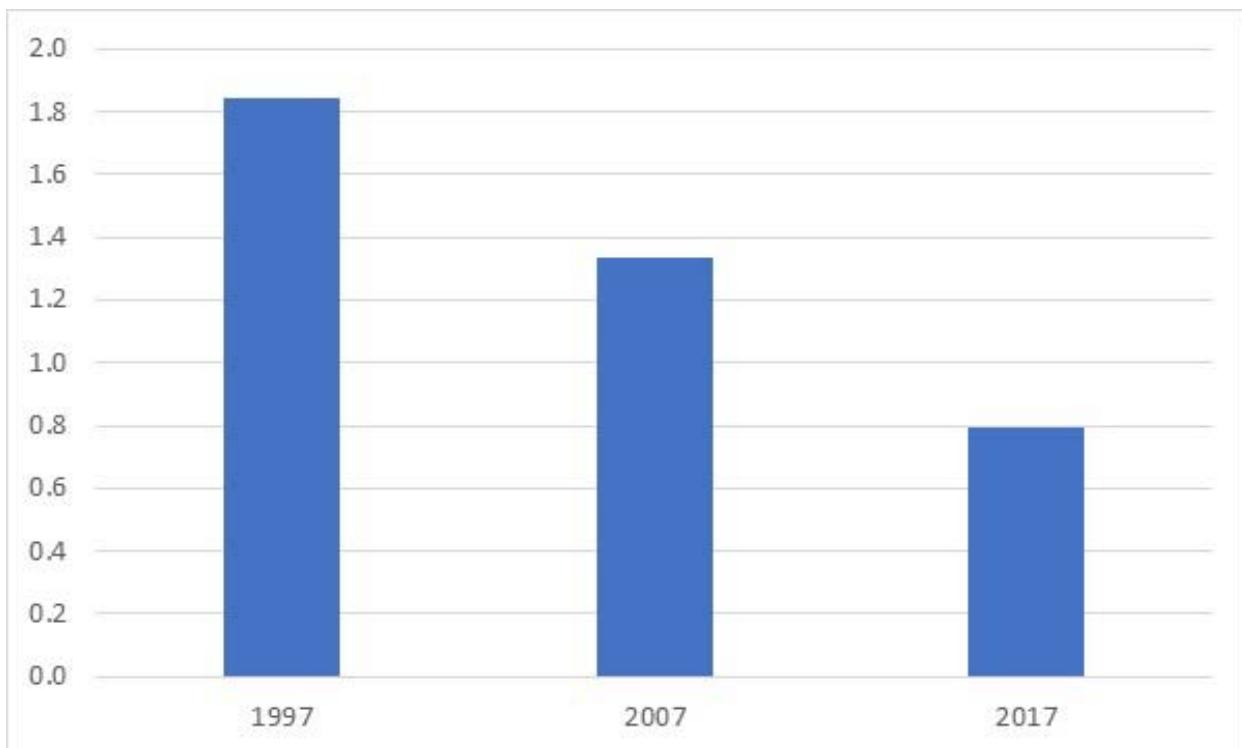
Fuente: INE, nacimiento corregidos (2018, datos provisionales) y proyecciones de población.

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 prorrteados.

Las estadísticas oficiales de nacimientos en Chile son confiables (aunque no perfectas) y la población media de mujeres de 15 a 19 años de edad (denominador de la tasa) ha sido recientemente revisada con apoyo en los datos del censo de 2017, por lo cual las cifras del Gráfico 1 pueden considerarse, en general, confiables. Más aún, estimaciones basadas en otras fuentes (censos, encuestas), así como otros procedimientos (indirectos como Brass y Gompertz), muestran niveles y tendencias similares para los últimos 40 años (Rodríguez y Roberts, 2020).

Además, el foco en la TEFA tradicional invisibiliza a las menores de 15 años (de hecho, hasta hace poco los nacimientos de este grupo se sumaban a la TEFA y no se calculaba la tasa 10-14, debido a la definición estándar de mujeres en edad fértil como 15-49). Durante casi dos décadas se registraron en torno a 1.000 nacidos vivos cuya madre era una niña menor de 15 años (1025 <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>) 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 lograr la meta de ninguna niña-madre.

Gráfico 2
Chile: tasa de fecundidad menores de 15 años, 1997, 2007 y 2017



Fuente: INE, Anuarios Demográficos (nacimientos, numerador) y estimaciones vigentes de población (denominador), <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>.

La TEFA es un indicador importante (de hecho, es el indicador 3.7.2 de los ODS (junto con la tasa de 10-14), pero tiene algunas limitaciones analíticas y comunicacionales (Rodríguez y Roberts, 2020). Por ello, cabe usar medidas alternativas y complementarias de la TEFA como, como se hace a continuación.

En el cuadro 1 se presenta el porcentaje de madres del grupo 15-19 y el porcentaje de madres del grupo 19 y 20 con datos censales. Por razones metodológicas se presentan dos resultados (con y sin ignorados) aunque la inclusión en el cálculo de los casos que no responden es el estándar aunque seguramente subestima en algo el valor real porque supone que la no respuesta es nuliparidad (Rodríguez y Roberts, 2020). Los resultados ratifican el aumento de la maternidad adolescente en las últimas dos décadas del siglo XX, pero que se dio solo para el grupo 15-19 y no para el grupo 19-20, 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). Ahora bien, el cuadro 1 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 registrados en 1982. Y los valores observados, son los menores de toda América Latina, de acuerdo con la base de datos MATERNILAC de CEPAL.¹ Más concretamente, según el censo de 2017, 18,6% de las mujeres que acababan de concluir su adolescencia había sido madre, lo que contrasta con cifras del orden de 30% para América Latina (Rodríguez, 2014 y 2017. Rodríguez y San Juan, 2020). Por su parte, la encuesta CASEN muestra relativa estabilidad del porcentaje de madres del grupo 15-19 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

¹ https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=es

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

Poniendo ahora el foco en las madres adolescentes, es importante conocer la evolución de número de hijos que tienen antes de los 20 años, porque esto se vincula con las desventajas y la carga de trabajo doméstico y de crianza que derivan de la reproducción en la adolescencia. De acuerdo con el cuadro 2, hay una clara y sostenida tendencia al aumento de las primíparas dentro de las madres adolescentes, pasando de representar un 81,8% en 1982 a ser el 92,1% en 2017. Esta tendencia acontece en todas las edades simples del grupo de edad, y en la edad 19, que anticipa el escenario post adolescencia, el aumento de la primiparidad (o uniparidad, que es lo mismo) es aún más marcado: de 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, Medida Prioritaria 15, aunque todavía no se cumplan plenamente. 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.

Cuadro 1
Chile, 1982-2018: porcentaje de madres, edades 15 a 19 y 19-20, varias fuentes

Fuente	Grupo de edad	Año										
		1982	1992	2002	2003	2006	2009	2011	2012	2013	2015	2017
Censo (1)	15-19	10.96	11.78	12.3								7.16
	19-20	28.5	28.6	28.0								18.8
Censo (2)	15-19	14.1	14.6	15.3								8.7
	19-20	33.4	33.3	32.5								21.4
CASEN	15-19							10.1		10.1	9.1	6.3
	19-20							25.3		23.1	21.7	18
ENAJU	15-19				11.2	8.6	11		12.9		9.2	
	19-20											3.9

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 si 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 y otros, 2013; Rodríguez 2014).

Cuadro 2

Chile, 1982-2017: distribución relativa de las madres adolescentes según número de hijo (hasta 3 y más).

Edad	1982			1992			2002			2017		
	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.

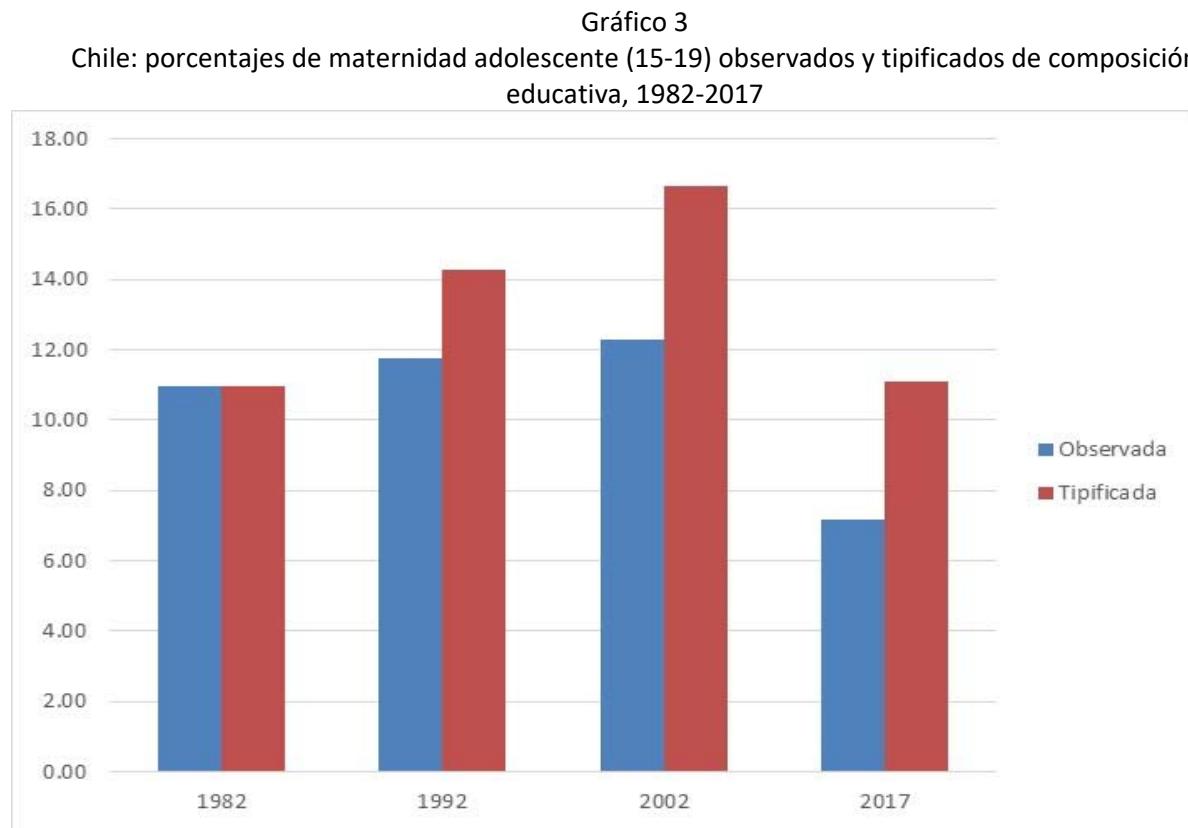
Pero otra parte, no hay duda de que los cambios socioeconómicos que ha experimentado Chile en la década de 2010 han sido importantes para el descenso de la reproducción en la adolescencia. En este sentido, las denominadas variables estructurales que subyacen a esta tendencia se han alineado para promover tal descenso.

En efecto, el aumento de la urbanización, la reducción de la pobreza, la elevación general del nivel socioeconómico, la expansión de la matrícula escolar y el mejoramiento de la condición social de las mujeres son todos procesos que contribuyen a reducir la fecundidad adolescente. Sin embargo, tales procesos no son exclusivos de la década de 2010 y se remontan a fines del siglo pasado, período durante el cual no tuvieron el efecto reductor esperado.

Adicionalmente, es bien sabido que estos procesos inciden de forma indirecta en la reproducción adolescente, pues la única forma de incidir directamente es a través de las variables intermedias, las que en el caso de las y los adolescentes pueden tener relaciones con los factores sociales subyacentes diferentes a las de las otras edades (sobre todo en materia de comportamiento sexual) específicas y más complejas.

Finalmente, un ejercicio de tipificación revela que la baja de la maternidad en el grupo de referencia es clave para la caída entre 1982 y 2017, pero no lo es para la baja entre 2002 y 2017 (gráfico 3), ya que en este último período la caída de la maternidad del grupo 15-19 se dio a través de los grupos educativos.

Por lo anterior, es imprescindible analizar con más detalle la evolución de las variables intermedias, donde está la clave del descenso de la fecundidad adolescente en Chile



Fuente: Censos nacionales de población (microdatos).

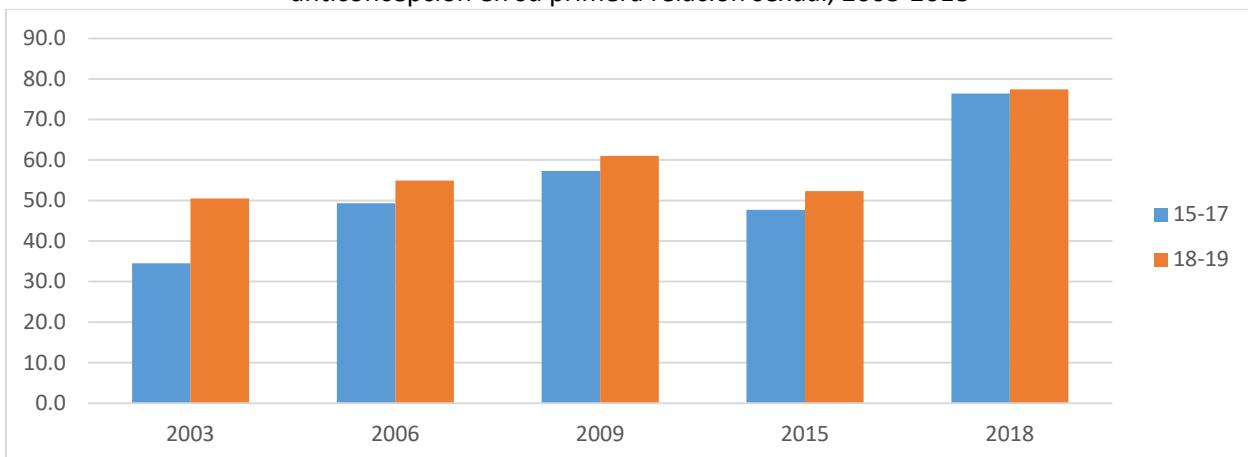
2.2. Las variables Intermedias

Analizando las variables intermedias propiamente tal se advierte que:

- i) La menarquia se está adelantando (Rodríguez y Roberts 2020), en línea con lo que acontece en la mayor parte del mundo (Rodríguez 2017), lo que implica una exposición biológica más precoz al riesgo de concebir;
- ii) La iniciación sexual ha tendido a adelantarse desde fines de siglo pasado, masificándose la actividad sexual en la adolescencia bajo formatos no maritales, aunque en su gran mayoría si románticos o en el marco de relaciones sentimentales. Este adelantamiento también favorece, en principio, el aumento de la reproducción adolescente, aunque su resultado neto, como el del adelantamiento de la menarquia también, depende de otras variables intermedias. Sin embargo, los datos de varias encuestas (ENAJU de 2015 y 2018, ENS 2016/2017) muestran una inflexión totalmente novedosa y hasta cierto punto inesperada por una reducción de la proporción de adolescente iniciadas sexualmente;
- iii) La nupcialidad (Rodríguez y Roberts, 2020), que nunca ha sido muy extendida entre las adolescentes, aunque ciertamente está más cerca de los valores tempranos de América Latina que de los tardíos de Europa y otros países desarrollados, muestra una tendencia a la baja, aunque más bien ligera: del 14,8% en 2011 al 12,7% en 2017 (encuestas CASEN). Las ENAJU, por su parte, captan de manera irregular la unión, aunque lo hacen de manera más diversificada. En general, muestran niveles bajos de convivencia entre las adolescentes: 5,2% de las mujeres de 18 y 19 años en 2018 convivían con una pareja. Respecto de la tendencia, coincide con la CASEN en que es a la baja, pues la proporción de unidas de dicha edad era de 12,2% en 2012 y pasó a 5,2% en 2018.
- iv) Sobre la anticoncepción, las ENAJU anotan información única y muy valiosas, aunque no sean encuestas especializadas en el tema. En general, la tendencia es claramente hacia el aumento del uso de anticonceptivos, aunque con algunos altibajos y un salto enorme entre 2015 y 2018, muy importante para la baja de la fecundidad/maternidad adolescente durante la década de 2010. Las mujeres pasaron de un 44,2% de uso de anticoncepción moderna en la primera relación sexual en 2003 a un 77,1% en 2018 y los hombres desde 35,5% a un 76,6%.

Gráfico 4

Chile, adolescentes de 15-17 y 18-19 años de edad: mujeres iniciadas sexualmente según uso de anticoncepción en su primera relación sexual, 2003-2018

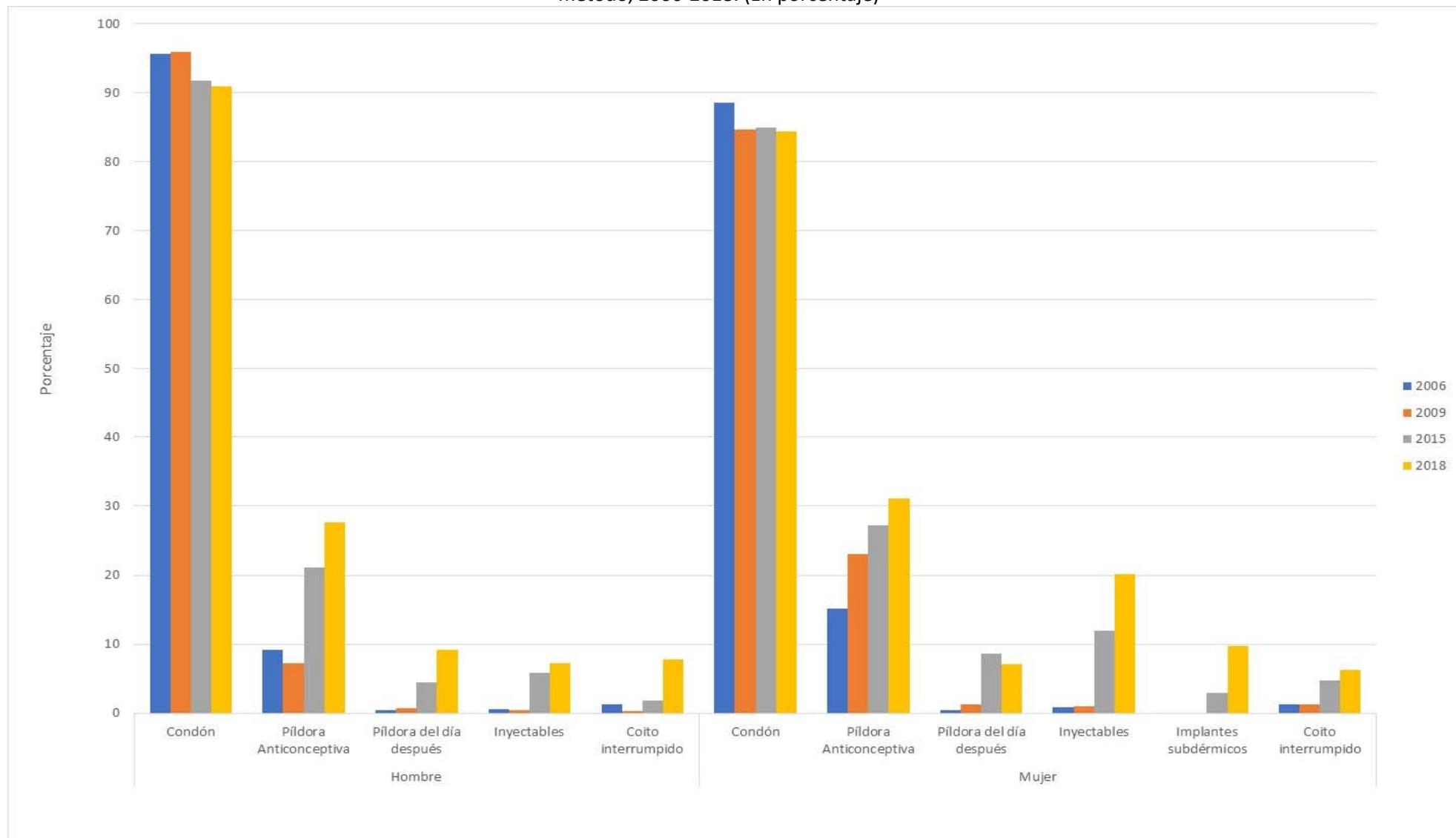


Fuente: ENAJU

v) Aunque el método que predomina sigue siendo el condón, aumenta la prevalencia de la píldora anticonceptiva tradicional (alcanzando niveles del 30% en el caso de las mujeres en 2018), de la anticoncepción de emergencia (o píldora del día después) que, sin embargo, no supera el 10% en ambos sexos, y, sugerentemente, de 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 (gráfico 5). 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.

Gráfico 5

Chile: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, iniciados/as sexualmente, que usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, según tipo de método, 2006-2018. (En porcentaje)



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

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

2.3. Análisis multivariado

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 (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), junto con la edad como variable inescapable de control, solo se probaron modelos con las ENAJU, que son las que incluyen de mejor manera ambos tipos de variables.

Los cuadros 3 y 4 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 3 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 ENAJU 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 4, 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 *odds 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 5 y 6, 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 5 considera el uso de anticoncepción moderna en la primera relación sexual como variable de protección anticonceptiva, mientras que la regresión del cuadro 6 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 educación intermedia y baja tienen chances mayores de haber sido madres, y las *odds ratios* de la de educación baja son clara y sistemáticamente. 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 5 es que tanto el debut sexual protegido como la postergación de la unión son significativo 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 íntimamente asociado al tiempo de exposición al riesgo pueda ser irrelevante para la chance de ser madre adolescente. La explicación metodológica via 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 si 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 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 6, 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.

Cuadro 3

Modelo 1 de regresiones logísticas binomiales, con los *odds ratio* de haber sido madre, para mujeres de 15-19 años en Chile. 2003 a 2018

Variables		2003	2006	2009	2012	2015	2018
		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
Zona	Urbano (categoría de referencia)						
	Rural	1,059	1,028	1,078	1,267	0,878	0,607

Fuente: ENAJU años indicados (base de microdatos).

Cuadro 4

Modelo 1 de regresiones logísticas binomiales, con los *odds ratio* de haber sido madre,
para mujeres de 15-19 años en Chile. 2003 a 2018

	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
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
ABC1 (categoría de referencia)	Nivel Alto (ABC1+C2)	Categoría de referencia				
C2	Categoría de referencia					
C3	Nivel Medio (C3+D)					
D	1,805	3,321	3,516	2,068	2,882	3,615
E	Nivel Bajo (E)	Nivel Bajo (E)	Nivel Bajo (E)	Nivel Bajo (E)	3,739	3,500
	3,189	3,760	3,801	0,953	2,269	7,105
Urbano (categoría de referencia)						
Rural	0,837	0,852	0,946	1,389	0,798	0,493

os indicados (base de microdatos).

Cuadro 5

Modelo 2 de regresiones logísticas binomiales, con los *odds ratio* de haber sido madre,
para mujeres de 15-19 años en Chile. 2006 a 2018²

Variables	2006	2009	2015	2018
	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
	1,875	1,583	1,489	1,155
<hr/>				
Alto (ABC1+C2) categoría de referencia				
Medio (C3 + D)	3,260	2,389	2,509	1,166
Bajo (E)	3,831	3,086	1,612	3,619
<hr/>				
Urbano (categoría de referencia)				
Rural	1,105	0,811	0,717	0,797
sexual	0,578	0,999	0,982	1,011
<hr/>				
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
<hr/>				
No convive con la pareja (categoría de referencia)				
Convive con la pareja	11,316	10,924	10,232	16,419

os indicados (base de microdatos).

Cuadro 6
**Modelo 3 de regresiones logísticas binomiales, con los *odds ratio* de haber sido madre,
para mujeres de 15-19 años en Chile. 2006 a 2018³**

	Variables	2006	2009	2015	2018
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Edad		1,853	1,553	1,321	1,136
NSE	Alto (ABC1+C2) categoría de referencia				
	Medio (C3 + D)	4,229	2,792	3,115	1,550
	Bajo (E)	6,402	3,809	2,189	3,787
Zona	Urbano (categoría de referencia)				
	Rural	0,906	0,906	0,670	0,170
Edad de inicio sexual		0,571	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

Fuente: ENAJU años indicados (base de microdatos).

³ La Cuarta Encuesta de la Juventud (IV) del 2003, no incluye pregunta por convivencia. La Séptima Encuesta de la Juventud (VII) del 2012, no incluye pregunta por edad de inicio sexual.

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 calidad 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.

3. Conclusiones

No hay duda de que la fecundidad adolescente cayó fuerte en Chile desde fines de la década de 2000 y que la década de 2010 marcó una inflexión luego de tres décadas de fecundidad adolescente comparativamente alta y de tendencia errática.

Ahora bien, este período de caída sostenida se diferenció de los anteriores no tanto por las variables estructurales socioeconómicas, sino por una combinación favorable de las variables intermedias, que no se había observado previamente. En efecto, se atenuó y luego revertió el adelantamiento de la iniciación sexual, se redujo la unión temprana, aumentó significativamente la iniciación sexual protegida y se expandió el uso de métodos anticonceptivos particularmente eficaces entre las adolescentes, sobre todo las de mayor riesgo, como son los de larga duración reversibles, así como se hizo accesible la anticoncepción de emergencia sin receta para adolescentes. El aborto, se ha hecho más accesible, sobre todo por la vía medicamentosa y, a partir de 2017, por medio de intervenciones en tres causales luego de la aprobación de la ley 25731, pero no hay datos suficientes aún para evaluar su impacto.

Cualquiera sea el caso, la experiencia de Chile subraya la importancia de las políticas públicas decididas y activas, en particular en materia de acceso masivo, libre e informado a anticoncepción, porque posiciones pasivas que se limitan a esperar que los factores socioeconómicos estructurales actúen desincentivando la fecundidad adolescente pueden ser impropios en un contexto de alta desigualdad como el de América Latina y pueden traducirse en alta fecundidad adolescente no deseada, es decir, vulneración de derechos.

Varios temas se abordaron de forma solo parcial en este texto, siendo el más relevante el de la desigualdad de la reproducción temprana, que sigue siendo muy elevada. Con todo, de alguna forma el tema se considera en el ejercicio de tipificación y sobre todo en el análisis multivariado. Adicionalmente, en estudio recientes se desarrolla mucho más (Rodríguez Y Roberts, 2020). Por su parte el tema de la no deseabilidad es uno de los que no se abordó este estudio por falta de espacio,

Cabe concluir subrayando que la pandemia del COVID-19 y la subsecuente crisis sanitaria y sociales ha constituido como una amenaza para la atención de la SS y SR a nivel mundial. Con las acciones tomadas por los gobiernos para disminuir el contacto social se han generado interrupciones en la producción y cadenas de distribución de métodos anticonceptivos, y en el acceso a los servicios de SS y SR (Palacio y Singh, 2020). Una investigación realizada con 2.009 mujeres en edad reproductiva en los Estados Unidos de América (EE. UU.) señala que un 33% de las mujeres tuvo que retrasar o cancelar la atención con un profesional en áreas de SS y SR, o tuvo problemas para acceder a anticoncepción. Este porcentaje fue mayor -36% vs 31%- en mujeres de menores ingresos, diferencia estadísticamente significativa (Lindberg, VandeVusse, Mueller y Kirstein, 2020). Otra investigación realizada en el estado de Nueva York, encuestando a proveedores de atención médica, evidencia una disminución en variados servicios de SS y SR, donde se puede tomar como ejemplo un descenso de 70% en el testeo de VIH y un descenso en el 50% en servicios de anticoncepción de emergencia (Nagendra, Carnavale, Neu, Cohall y Zucker, 2020; Coutinho y otros,, 2020).

Proyecciones sobre los posibles impactos de la interrupción de servicios en países de medianos y bajos ingresos señalan que un descenso del 10% en el uso de anticoncepción, podría generar 15 millones de embarazos no deseados, y una transformación del 10% de abortos seguros a inseguros, podría provocar 1.000 muertes maternas adicionales (Riley, Sully, Ahmed y Biddlecom, 2020). Si bien no es posible señalar que estas consecuencias serán efectivas debido a que la pandemia se encuentra en desarrollo, es posible plantear que las transformaciones que ha implicado el COVID-19 acentuarían algunas barreras de acceso de los/as adolescentes a servicios de salud. Una investigación que aborda el impacto del COVID-19 en los/as adolescentes en EE. UU., señala que la telemedicina podría implicar dificultades para mantener la confidencialidad, aspecto fundamental para este grupo, si no cuentan con espacios en el hogar que les aseguren privacidad. Además, la prescripción de medicación por vía remota podría implicar que deban costear particularmente los fármacos si los servicios de SS y SR no los están entregando. Asimismo, las desigualdades en la conectividad a internet podrían acrecentar las distancias de quienes no puedan acceder a alternativas remotas (Linberg, Bell y Kantor, 2020).

En el caso de Chile, aún no se cuenta con datos oficiales sobre las consecuencias en la SS y SR, pero existe información proveniente de la sociedad civil e investigaciones en curso que pueden aportar a esclarecer el panorama. Una encuesta realizada por la Corporación Miles señala que un 72% de los/as encuestados/as vio dificultado su acceso a métodos anticonceptivos, y 1 de cada 5 que consultó en centros de salud públicos por diagnóstico o tratamiento de ITS, un 80% no pudo acceder a la atención. Estas tendencias se mantienen en la segunda encuesta de la Corporación. Resultados preliminares del estudio Fondecyt de Iniciación que se encuentra en curso, titulado “Encuentros y tensiones en la construcción de cuerpos y sexualidades juveniles: las representaciones del mundo joven y del sistema de salud en el Chile actual”, a partir de entrevistas clave realizadas con autoridades y funcionarios/as de SS y SR en cargos de responsabilidad, muestran que efectivamente el acceso a servicios de SS y SR se ha visto interrumpido y/o suspendido debido a la pandemia, tanto desde el sector educación como del de salud. En el primero, debido a la suspensión de las clases presenciales; en el segundo, debido a la discontinuidad y/o interrupción de servicios, sumado a las dificultades de desplazamiento y movilización de la población. Las personas entrevistadas reportan que a lo largo del país se ha producido discontinuidad en entrega de MAC, reducción y/o suspensión de consejerías y atenciones de SS y SR. Un tema transversal de gran preocupación es la salud mental de adolescentes durante la pandemia y la poca capacidad de respuesta que el sector salud ha tenido en dicha temática. En especial, se menciona que los/as adolescentes LGTBIQ+ pueden estar viviendo situaciones críticas en este ámbito debido a que en muchos casos no cuentan con la aprobación de sus redes familiares.

Al igual que lo que se está viendo en el resto del mundo, no hay duda de que la pandemia COVID-19 va a impactar en la salud adolescente, siendo probable que aumenten los embarazos no planificados, la prevalencia de ITS y problemas de salud mental. En este escenario, se hace aun más urgente incorporar enfoques integrales de salud que contemplen la SS de adolescentes como un ámbito diferenciado de la SR, además de una concepción holista de salud, que integre las relaciones y contextos sociales que los/as rodean, como también que aborde la salud mental.

Bibliografía

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

Antona, A., & Madrid, J. (2009). Anticoncepción de emergencia, adolescencia y representaciones sociales. *Sexología Integral*, 102-108.

Bearinger, L. H. y otros (2007), "Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential" [en línea], Perth, [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60367-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5)

Binstock, G. (2016), Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común, Buenos Aires, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Breinbauer, C., y Maddaleno H., M. H. (2005), Youth: choices and change ; promoting healthy behaviors in adolescents, Washington D.C., Pan American Health Organization (PAHO).

M., Garcés, C., & 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*, 28-40.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (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>.

_____ (2016), Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible, (LC/G.2660/ Rev.1), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, julio.

_____ (2014), Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible, (LC/G.2586(SES.35/3)), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, abril.

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). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.16-00427.

Cherry, A. L., y Dillon, M. E. (2014), International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses, New York, Springer. Contreras, K., & 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*, 77-91.

Contreras, Y. (2016), Nuevos habitantes del centro de Santiago, Santiago de Chile: Universitaria; Currie, C. y otros (eds.) (2012), Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey

[en línea], Copenhagen, World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, N° 6), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf

Coutinho, R., L de Lima, V. Leocádio, y T. Bernardes (2020), Considerations about the COVID-19 pandemic and its effects on fertility and sexual and reproductive health of Brazilian women, *Revista Brasileira de Estudos de População* · November 2020, DOI: 10.20947/S0102-3098a0130

Dides, C. y C. Fernández (ed.) (2016), *Primer Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Estado de la situación 2016*, Santiago de Chile, Corporación MILES

Dussaillant, F. (2010). *Comportamientos riesgosos entre los jóvenes: el caso de la actividad sexual*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.

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

González, C., Montero, A., Verges, V., & Leal, I. (2011). Use of Contraceptive Implant (Implanon) Among Chilean Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*.

González, E., Breme, P., González, D., Molina, T., & 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*, 692-705.

González, E., Molina, T., & 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*, 24-32.

González, E., Molina, T., & 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*, 4-13.

González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Molina, R. (2009). Factores asociados a la continuidad del uso de anticonceptivos en adolescentes solteras nulíparas. *Revista Médica de Chile*, 1187-1192.

González, E., Montero, A., Martínez, V., Mena, P., & 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*, 84-90.

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

Juárez, F. y C. Gayet (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*, vol. 11, núm. 45, julioseptiembre, págs. 177-219. Universidad Autónoma del Estado de México.

Kirby, D. (2001), "Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking", *Family Planning Perspectives*, vol. 33, N° 6, (Nov-Dec.). The Guttmacher Institute.

Kramer, K. L. y J. B. Lancaster (2010), "Teen Motherhood in Cross-cultural Perspective", *Annals of Human Biology*, vol. 37, N° 5. The Society for the Study of Human Biology.

Kumar, N. y J. Brown (2016), "Access Barriers to Long-Acting Reversible Contraceptives for Adolescents", *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, Illinois. Society for Adolescent Health and Medicine

Leal, I., Molina, T., Montero, A., & González, C. (2016). Efectos secundarios en adolescentes chilenas usuarias de implante anticonceptivo subdérmico de etonogestrel. *Revista Matronas Profesión*, 137-142.

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

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

Macintyre, A., Montero, A., & 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*, 1-14.

Ministerio de Educación. (12 de 08 de 2011). Resolución Exenta Número 04441: Aprueba bases administrativas para presentar propuesta sobre perfeccionamiento docente en programas de sexualidad, afectividad y género. Santiago, Chile. Recuperado el 27 de 11 de 2019, de https://static.eldinamo.cl/wp-content/uploads/2012/06/bases_administrativas_fondos_de_sexualidad.pdf

Ministerio de Salud (2002), "Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010" [en línea], http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politicas_Nacionales_Salud-Chile_2000-2010.pdf

____ (2010). Ley 20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Santiago, Chile. Recuperado el 04 de 11 de 2019, de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>

____ (2012). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes*. Santiago de Chile.

____ (2016). Aprueba Programa Espacios Amigables Para Adolescentes (EA). Santiago: Ministerio de Salud.

Morán, J. (2013). La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. *Revista Brasileira de Estudos do Populacao*, 125-144.

Nuevo-Chiquero, A., & Pino, F. (2019). *To Pill or Not to Pill? Access to Emergency Contraception and Contraceptive Behaviour*. Bonn: IZA Institute of Labor Economics.

Moultrie TA, RE Dorrington, AG Hill, K Hill, IM Timæus and B Zaba (eds) (2013), Tools for Demographic Estimation. Paris: International Union for the Scientific Study of Population, pp. 51-108. demographicestimation.iussp.org.

Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 848-854.

Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F., & Bernales, M. (2018). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-7.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Luxemburg: Organización Mundial de la Salud.

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

Parra, J., Domínguez, J., Maturana, J., Pérez, R., & Carrasco, M. (2013). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Salud Colectiva*, 391-400.

Raine, T., Foster, A., Upadhyay, U., Boyer, C., Brown, B., Sokoloff, A., & Harper, C. (2011). One-Year Contraceptive Continuation and Pregnancy in Adolescent Girls and Women Initiating Hormonal Contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 363-371.

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*, 1008-1018.

Rendall, M. y otros (2009), "Universal versus economically polarized change in age at first birth: a French-British comparison", *Population and Development Review*, vol. 35(1), New York, The Population Council, pp. 89-115.

Robledo, Paz (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., & Cox, L. (abril de 2017). Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. *Población y Desarrollo N 116. CEPAL*.

Rodríguez Vignoli, (2014a), "La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010", *serie Documentos de Proyectos* (LC/W.605), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

_____, (2014b), "Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización", *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, Cabella (comps.), Río de Janeiro, Serie e-Investigaciones N° 3. Asociación Latinoamericana de Población

Rodríguez Vignoli, J. y A. Roberts (2020), El descenso de la fecundidad adolescente en Chile. Antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades, Santiago, INJUV, Serie Estudios INJUV, Volumen 12

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

Schiappacasse, V., Bascuñan, T., Frez, K., & Cortés, I. (2014). Píldora anticonceptiva de emergencia: características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 378-383.

Secura, G., Malden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., & Buckel, C. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 1316-1323.

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

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2013), “Estado de la Población Mundial 2013” [en línea], <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2015^a), 10 Mitos Sobre la Educación Sexual Integral, Lima 2015;

_____, (2015b), La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA);

UNESCO, 2015, Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education, a global review, 2015;

UNESCO-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

<https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes-2/espacios-amigables/>

<http://www.injuv.gob.cl/>

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

<https://www.defensorianinez.cl/>

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

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>

<https://miraquetemiro.org>

<https://unstats.un.org/sdgs/METADATA?Text=&Goal=3&Target=3.7>

[https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202019%20refinement_Spa.pdf.](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202019%20refinement_Spa.pdf)

<https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>

INE, Anuarios Demográficos (nacimientos, numerador) y estimaciones vigentes de población (denominador), <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

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

Banco de datos MIALC, <https://celade.cepal.org/bdcelade/mialc/>

<http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>

<http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>

<https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-columbia-willamette/patient-resources/long-acting-reversible-contraceptives-larcs>