

# Anticoncepción entre adolescentes en Chile en 2018: la importancia del inicio sexual protegido y de una gama de métodos anticonceptivos amplia y diversa

Jorge Rodríguez Vignoli<sup>1</sup>

Recibido: 27/04/2021  
Aceptado: 18/08/2021

## Resumen

En Chile, la fecundidad en la adolescencia disminuyó fuertemente desde 2008, en concordancia con el aumento del uso de métodos anticonceptivos y la diversificación de estos métodos entre las personas adolescentes, incluidos los anticonceptivos reversibles de larga duración. Sin embargo, no hay información empírica actualizada sobre la forma en que se combinan los métodos ni sobre el efecto de los diferentes métodos, sus combinaciones o la continuidad de su uso sobre la reproducción en la adolescencia. La Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018 muestra una relación clara entre el uso de métodos modernos (y de ciertas combinaciones, incluidos los anticonceptivos reversibles de larga duración) y la probabilidad de haber tenido hijos. También se verifica una relación positiva entre la iniciación sexual protegida y la continuidad del uso de métodos, lo que contribuye a fortalecer el efecto inhibitorio del uso de métodos modernos desde la primera relación sexual sobre el embarazo en la adolescencia.

**Palabras clave:** adolescentes, fecundidad, baja de la fecundidad, anticoncepción, uso de anticonceptivos, variables intermedias, igualdad de género, Chile.

<sup>1</sup> Asistente de Investigación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Correo electrónico: [jorge.rodriguez@un.org](mailto:jorge.rodriguez@un.org).

## Abstract

In Chile, adolescent fertility has fallen sharply since 2008, coinciding with the increase in contraceptive use and the diversification of contraceptive methods among adolescents, including long-acting reversible contraception. However, empirical data are lacking on how methods are combined and on the effect of the different methods, combinations of methods or continuity of use on adolescent pregnancy. The ninth national youth survey, conducted in 2018, shows a clear correlation between the use of modern methods (and of certain combinations, including long-acting reversible contraception) and the probability of having children. There is also a positive relationship between the start of protected sexual activity and continued use of methods, which strengthens the inhibitory effect of the use of modern contraceptives starting from the first sexual encounter on adolescent pregnancy.

**Keywords:** adolescents, fertility, fertility decline, contraception, contraceptive usage, intermediate variables, gender equality, Chile.

## Résumé

Au Chili, la fécondité des adolescents a fortement diminué depuis 2008, ce qui va de pair avec une utilisation accrue de la contraception et la diversification des méthodes contraceptives chez les adolescents, notamment les contraceptifs réversibles à longue durée d'action. Il n'existe toutefois pas d'informations empiriques actualisées sur la manière dont les méthodes sont combinées ou sur l'effet des différentes méthodes, de leurs combinaisons ou de leur utilisation continue sur la reproduction des adolescents. La neuvième enquête nationale sur la jeunesse 2018 révèle qu'il existe une relation évidente entre l'utilisation de méthodes modernes (et de certaines combinaisons, notamment les contraceptifs réversibles à longue durée d'action) et la probabilité d'avoir des enfants. On observe également une relation positive entre l'initiation sexuelle protégée et l'utilisation continue des méthodes, ce qui contribue à renforcer l'effet inhibiteur de l'utilisation des méthodes modernes dès le premier rapport sexuel sur les grossesses adolescentes.

**Mots clés:** adolescents, fécondité, baisse de la fécondité, contraception, utilisation des contraceptifs, variable intermédiaire, égalité entre les sexes, Chili.

## Introducción

Desde 1965 la fecundidad total de Chile ha disminuido de manera rápida, sistemática y marcada, al punto de que desde inicios del siglo XXI la tasa global de fecundidad (TGF) registra niveles por debajo de la tasa de reemplazo. La fecundidad en adolescentes, sin embargo, tuvo un comportamiento muy diferente hasta casi el final de la década de 2000. Después de un descenso en la década de 1970, tendió a la estabilidad y a fines de la década de 2000 su nivel todavía era dos tercios del observado a inicios de la década de 1960, mientras que la TGF era solo un tercio de la registrada a inicios de la década de 1960.

Esta resistencia a la baja cambió de forma drástica desde fines de la década de 2000, cuando la fecundidad en adolescentes comenzó a caer de forma brusca y sistemática. En el gráfico 1 se presenta su evolución entre 1950 y 2020<sup>2</sup>. Entre 2008 y 2020 la tasa específica de fecundidad en adolescentes pasó de 57 por 1.000 a 15 por 1.000, una caída del 73% en solo diez años, lo que constituye un descenso sobresaliente a nivel mundial. Cabe destacar que la caída también se ha dado entre las menores de 15 años, un grupo que durante mucho tiempo había quedado invisibilizado estadísticamente, ya que los nacimientos de madres de estas edades se sumaban a la tasa específica de fecundidad en adolescentes y no se calculaba la tasa de 10 a 14 años. Esto fue corregido hace algún tiempo, habida cuenta de la particular gravedad que reviste la maternidad a edades tan tempranas y la visibilización de esta fecundidad precoz que se logró con el indicador 3.7.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Comoquiera que sea, durante casi dos décadas se registraron alrededor de 1.000 nacidos vivos cuya madre era una niña menor de 15 años<sup>3</sup>. Esa cifra se convirtió en una suerte de piso que parecía imposible traspasar. Pero durante la década de 2010 cayó rápidamente hasta llegar a 472 en 2017. De esa manera, la tasa de este grupo pasó de 1,8 por 1.000 en 1997 a 0,8 por 1.000 en 2017 (Rodríguez y Roberts, 2020).

Aunque esta caída ha sido generalizada, la tendencia de la desigualdad social de la reproducción en la adolescencia es objeto de debate, pues depende de los indicadores y fuentes que se utilicen (Rodríguez y Roberts, 2020). En cualquier caso, no cabe duda de que esta desigualdad existe y es elevada, aunque su magnitud varía en función de las decisiones metodológicas. En 2018, el indicador más básico (la desigualdad polar o entre extremos, que corresponde a la relación entre los grupos de más alto y más bajo nivel socioeconómico) llegaría a 6,7 si se considera el porcentaje de madres que incluye a todas las adolescentes en el denominador<sup>4</sup>. En el caso de los hombres, los niveles de paternidad son significativamente menores (total y por grupo socioeconómico), lo que puede deberse, entre otras posibles explicaciones, a la negación de la paternidad (sobre todo si no la han asumido), al hecho de que las mujeres no siempre comunican su paternidad a los hombres y a la diferencia de edad en las parejas heterosexuales con un solo miembro adolescente (madres adolescentes

<sup>2</sup> Basada en Rodríguez y Roberts (2020) hasta 2018. Las cifras de 2019 y 2020 aún no se han publicado y por ende no pueden considerarse oficiales. Es difícil que las de 2019 cambien, pero las de 2020 sí podrían hacerlo, como resultado del proceso de inscripción de nacimientos en curso, en validación y registros tardíos futuros.

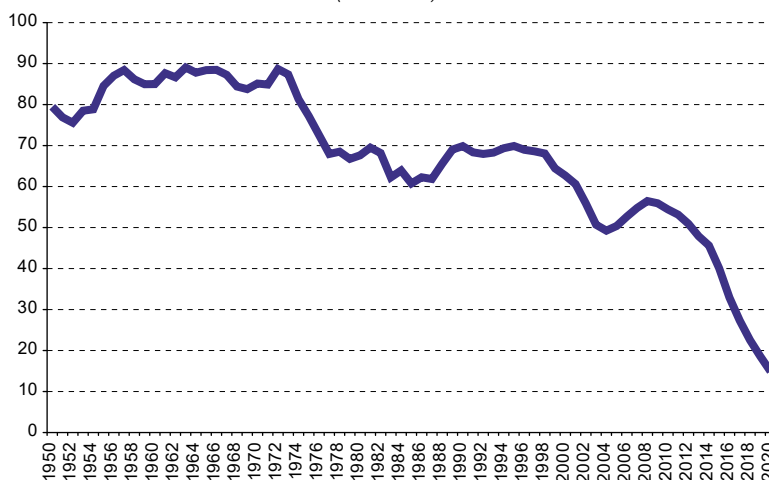
<sup>3</sup> Véase [en línea] <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>.

<sup>4</sup> Bajaría a 3,8 si en el denominador se considera solo a las adolescentes sexualmente iniciadas, teniendo en cuenta el efecto de la desigualdad socioeconómica de esta variable intermedia sobre la desigualdad agregada de la maternidad en la adolescencia.

cuyas parejas tienen más de 19 años). Sin embargo, los niveles de la desigualdad polar son significativamente mayores, debido a la virtual ausencia de casos de paternidad entre adolescentes del grupo más acomodado de la clasificación presentada en el cuadro 1<sup>5</sup>.

Considerando esta acumulación de información empírica sólida sobre la magnitud y la velocidad de la caída de la fecundidad en adolescentes en Chile, y también sobre su pertinaz desigualdad socioeconómica, resulta procedente e interesante analizar en detalle el comportamiento anticonceptivo, la variable próxima que, según estudios previos (Rodríguez y Roberts, 2020), ha sido la clave de este proceso. La falta de fuentes especializadas sobre este particular se ha traducido en lagunas de conocimiento al respecto. Sin embargo, la Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018 (INJUV, 2019a) capta alguna información relevante sobre estos temas, por lo que se utilizará para examinar la forma en que se están combinando los métodos anticonceptivos y el efecto de los diferentes métodos y sus combinaciones sobre la probabilidad de que los adolescentes tengan hijos. Además, se hará una aproximación a la dinámica de uso-continuación-descontinuación de métodos y su relación con la maternidad en la adolescencia y su desigualdad<sup>6</sup>.

Gráfico 1  
Chile: tasas específicas de fecundidad en adolescentes, 1950-2020  
(Por 1.000)



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de J. Rodríguez y A. Roberts, "El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades", *Serie de Estudios*, N° 12, Santiago, Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), 2020; proyecciones vigentes de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para 2018, 2019 y 2020, y Ministerio de Salud, "Serie nacimientos", 2020 [base de datos en línea] [https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Ffe61eccc5-9a7c-427c-85fc-9054e4003520&sectionIndex=0&sso\\_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false](https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Ffe61eccc5-9a7c-427c-85fc-9054e4003520&sectionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false).

<sup>5</sup> Se ofrecen más detalles sobre esta clasificación y otras variantes en el marco metodológico de esta investigación.

<sup>6</sup> Se advierte que se trata de una continuidad o discontinuidad entre dos acontecimientos (la primera y la última relación sexual) que incluso pueden coincidir en el tiempo en algunos casos (adolescentes que solo han tenido una relación sexual). En tal sentido, no es una continuidad exhaustiva o detallada como la que permiten las encuestas con más preguntas sobre la continuidad o discontinuidad del uso de anticoncepción. No obstante, es la única información que se tiene al respecto en el país.

Cuadro 1

**Chile: porcentaje de adolescentes que han tenido hijos, por sexo y grupo socioeconómico recodificado, total e iniciados sexualmente, e indicadores de desigualdad socioeconómica del porcentaje que ha tenido hijos, 2019**

(En porcentajes)

Población de referencia <sup>a</sup>	Porcentaje de madres y padres			Total	Desigualdad socioeconómica del porcentaje de madres y padres	
	Grupo socioeconómico (GSE) recodificado				E/(ABC1 + C2)	Mayor/(ABC1 + C2)
	ABC1 + C2	C3 + D	E			
Mujeres de 15 a 19 años	0,8	5,4	5,3	3,9	6,7	6,8
Hombres de 15 a 19 años	0,1	2,2	3,4	1,6	24,3	15,8
Mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente	2,6	10,5	9,6	8,1	3,8	4,1
Hombres de 15 a 19 años iniciados sexualmente	0,3	4,7	6,4	3,4	18,9	14,1

**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), “9na. Encuesta Nacional de Juventud” [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

**Nota:** Porcentaje sobre el total de casos, incluye la no respuesta. En la columna “Total” se incluye la categoría “no clasificables” en GSE recodificado. Cálculos debidamente ponderados.

<sup>a</sup> Los casos muestrales son 1.452 mujeres de 15 a 19 años de edad (1.398 no madres y 54 madres) y 562 mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente (512 no madres y 50 madres; se pierden 4 casos por no respuesta a la consulta sobre iniciación sexual). Los casos muestrales de los hombres de 15 a 19 años de edad son 1.581 (1.561 no padres y 20 padres) y 687 hombres iniciados sexualmente (670 no padres y 17 padres; se pierden 3 casos por no respuesta a la consulta sobre iniciación sexual). La agrupación de la variable GSE permitió tener 5 o más casos en todas las celdas. En el caso de los hombres, los iniciados sexualmente son 687, de los cuales 17 declaran haber tenido al menos un hijo.

Para abordar estos temas, el texto se estructura en cuatro secciones. Se abordan en primer lugar los antecedentes y los elementos conceptuales que fundamentan las tres preguntas de investigación. Luego se esboza un breve marco metodológico en que se presentan fuentes, indicadores y procedimientos. A continuación, se despliegan, interpretan y discuten los principales resultados, organizados en torno a las tres preguntas orientadoras. Al final se presentan las principales conclusiones y los desafíos en materia de investigación y de política que se derivan de ellas.

## A. Antecedentes y elementos conceptuales

La utilización de métodos anticonceptivos varía según la edad y suele ser menor entre adolescentes. También lo es la eficacia de su uso (Bradley y otros, 2019). Estos rezagos obedecen principalmente a dos fuerzas diferentes que se acentúan mutuamente.

Por una parte, están las denominadas “barreras de acceso a la anticoncepción” entre las que se encuentran las institucionales (por ejemplo, leyes, normas, reglamentos y protocolos) que excluyen o limitan el acceso de las personas adolescentes a la anticoncepción y las culturales (los preceptos, actitudes y prejuicios sociales que limitan o dificultan este acceso). Esto último puede deberse a que estas barreras culturales presuponen que las personas adolescentes no deberían tener actividad sexual, o porque se estima que tal actividad sexual

sería nociva o formaría parte de conductas inapropiadas, o porque esas personas no tienen el derecho a decidir sobre su sexualidad y el uso de anticonceptivos debido a su minoría de edad, su falta de madurez o el predominio de la voluntad de otros (en particular sus progenitores o adultos responsables). También existen barreras de acceso económicas y otras que se refieren a la formación de especialistas de salud, al funcionamiento de los servicios de salud y al enfoque del sistema educativo, que no se adecuan a las necesidades y especificidades de las personas adolescentes, o que, peor aún, las estigmatizan e incluso llegan a discriminarlas y maltratarlas si son sexualmente activas o solicitan anticoncepción (UNFPA, 2020; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017; Robledo, 2014; Sadler y otros, 2010).

Por otra parte, el uso de anticonceptivos por parte de adolescentes también tiene especificidades, pues suele ser menos regular, oportuno y eficaz (Castle y Askew, 2015). Además, hay ciertos métodos populares en otras edades que no se aplican a este grupo. Estas condiciones se pueden denominar “barreras de desempeño anticonceptivo”. Los factores detrás de ambas barreras son complejos y cambiantes. Entre ellos están los que se enumeran a continuación (UNFPA, 2020; Brunet, Fernández-Theoduloz y López-Gómez, 2019; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017; Cherry y Dillon, 2014; Robledo, 2014).

En el plano biológico, la condición corporal de la persona adolescente cambia abruptamente. Hay crecimiento y desarrollo físico y emocional. Las pulsiones sexuales devienen un asunto central, como objeto de deseo, como señal de identidad y como temática vital. Al mismo tiempo, las habilidades para manejar las situaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos tienden a ser inferiores a otras edades debido a la falta de información, conocimiento y experiencia, así como al mayor grado de inmadurez e impulsividad (Robledo, 2014; Blum y otros, 2012; Dulanto, 2000). En materia psicosocial, el cambio acelerado aleja a las personas adolescentes de sus referentes de información y autoridad tradicionales, en particular los padres, y las acerca a sus pares, a referentes generacionales y a otras fuentes de narrativas, que se convierten en influencia clave, sin importar la calidad ni la pertinencia de sus mensajes (Brunet, Fernández-Theoduloz y López-Gómez, 2019; Cherry y Dillon, 2014; Breinbauer y Maddaleno, 2008).

En la esfera médica, por su edad (en particular el grupo de 15 a 19 años) los adolescentes tienden a quedar fuera del radar de la pediatría (en general, tampoco tienen mucho interés en ir al pediatra). Sin embargo, al no ser adultos, los internistas o médicos de adultos tampoco tienen el conocimiento, o más bien la experiencia, la capacitación y la sensibilidad, para tratarlos. Además, muchas de sus preocupaciones de salud tienen que ver con conductas y exposición a riesgos que no se enfrentan adecuadamente con el enfoque biomédico tradicional. Así, a falta de un trato médico especial, pueden quedar sin atención idónea (Ministerio de Salud, 2016; Robledo, 2014; Blum y otros, 2012; Sadler y otros, 2010).

En la dimensión cultural, la actividad sexual, la unión y la reproducción están entre los comportamientos más normados desde el punto de vista cultural. Históricamente han tendido a excluir a los menores de edad, entre ellos las personas adolescentes, del ejercicio aceptado socialmente de la sexualidad. De este modo también se niega su acceso a métodos anticonceptivos (Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017; Cherry y Dillon, 2014; Sadler y otros, 2010).

En términos programáticos, las personas adolescentes presentan mayor complejidad que el resto de la población en edad reproductiva en lo que respecta al acceso a anticoncepción. Además de las barreras culturales e institucionales antes mencionadas, los programas de planificación familiar, que han sido exitosos para las restantes edades, no parecen ser tan funcionales en el caso de las personas adolescentes. Esto se debe a que una parte importante y creciente de la actividad sexual está al margen de la unión (en el sentido demográfico del término) y de un plan de formar familia, aunque la mayoría se enmarque en una relación romántica de cierta duración (Bradley y otros, 2019; Ministerio de Salud, 2016 y 2018; OMS, 2018; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017).

En lo que respecta a la diversidad, eficacia y continuidad del uso de métodos anticonceptivos, los métodos más usados por las mujeres adultas, entre ellos los anticonceptivos orales (pastillas o píldoras) y la esterilización, suelen utilizarse de forma menos eficaz o regular (anticonceptivos orales, condones) o directamente no son aplicables a adolescentes (esterilización) (OMS, 2018; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017; Cherry y Dillon, 2014).

En lo que concierne a la desigualdad social de la reproducción en la adolescencia, ya expuesta en la introducción, entre sus causas está la desigualdad en el acceso y el uso eficaz y regular de anticonceptivos, así como en la diversidad de opciones, todo lo cual suele estar más al alcance de los grupos socioeconómicos acomodados. Además, la asociación entre desigualdad social y falta de oportunidades y proyectos de vida para las personas adolescentes de grupos desaventajados es relevante, ya que estas carencias pueden desincentivar la protección con anticonceptivos o incluso promover la maternidad en la adolescencia como opción ante la falta de alternativas (Pantelides, Geldstein y Domínguez, 1995). Desde luego, las desigualdades sociales de otras variables intermedias (actividad sexual-unión y aborto) también influyen en la desigualdad social de la reproducción en la adolescencia (Rodríguez y Roberts, 2020; Brunet, Fernández-Theoduloz y López-Gómez, 2019; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017).

A la desigualdad de género se suman factores como la histórica subordinación de las mujeres, la doble moral para juzgar los comportamientos sexuales de hombres y mujeres, la imputación de la responsabilidad anticonceptiva a las mujeres y las asimetrías de poder dentro de las parejas. Puede tratarse de barreras de acceso y de desempeño anticonceptivo que son específicas de las mujeres o representan una sobrecarga unilateral para ellas. Estos factores las dejan en una posición de desmedro, que se manifiesta en toda su magnitud en las situaciones de embarazo y maternidad, cuando una parte de ellas debe asumir casi la totalidad de las responsabilidades de la crianza y, en muchos casos, en condiciones de ausencia del padre del bebé (Obach y otros, 2020; Brunet, Fernández-Theoduloz y López-Gómez, 2019; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017; Sadler y otros, 2010).

Por todo lo anterior, se han implementado políticas y programas públicos dirigidos a eliminar las “barreras de acceso a la anticoncepción” y las “barreras de desempeño anticonceptivo” (Robledo, 2014; Sadler y otros, 2010). Los primeros intentos en ese sentido comenzaron en la década de 1990, pero se centraron en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, en particular el sida. Por ello, se concentraron en la promoción del uso

del condón. Si bien este método tiene la ventaja de proteger también contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), presenta la desventaja de tener una tasa de fallo no insignificante (Bradley y otros, 2019; Bongaarts, 2015) y con alto riesgo de discontinuidad, por su propia naturaleza desechable y la planificación o recordación “caso a caso” que implica.

Luego siguieron intervenciones más amplias y dirigidas de manera más clara y articulada a la reducción de la fecundidad en adolescentes y a la ampliación del acceso a la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción. Entre estas intervenciones destacan, en primer lugar, la implementación de los denominados “espacios amigables”, entre cuyas funciones se encuentra la de ofrecer consejería y también métodos anticonceptivos a adolescentes, así como la ampliación de la gama de métodos, para promover la denominada doble o múltiple protección, típicamente condón junto con uno o más métodos (CEPAL, 2019). En particular, los anticonceptivos reversibles de larga duración, como los implantes y los dispositivos intrauterinos (DIU) y otros de duración intermedia (como los inyectables y los parches hormonales), pueden ser muy eficaces entre adolescentes. Su uso podría modificar la situación histórica de menor prevalencia y menor desempeño del uso de anticoncepción entre esas personas (Gómez y otros, 2019). Por su parte, la píldora del día después o anticoncepción de emergencia es una alternativa particularmente útil para adolescentes, aunque en algunos países persistan limitaciones, sean relativas al acceso directo o a la confidencialidad de su acceso.

Estas intervenciones recibieron un impulso adicional con la aprobación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en 2013. En dicho consenso se acuerdan varias medidas prioritarias, en particular en su capítulo B, dirigidas a la prevención del embarazo en la adolescencia y a la garantía del acceso a la salud sexual y reproductiva y la anticoncepción libre, informada, oportuna, eficaz y confidencial (CEPAL, 2013). De hecho, en el primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2019) se subraya que la fecundidad y la maternidad en la adolescencia han disminuido en varios países de la región durante la década de 2010, y que esta situación se intensificó desde 2013, lo que se ratifica en las últimas cifras del indicador 3.7.2 de los ODS<sup>7</sup>.

Chile es uno de los países que han puesto en marcha acciones más decididas y duraderas para prevenir el embarazo en la adolescencia de manera acorde con los planteamientos del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. En un estudio reciente (Rodríguez y Roberts, 2020) se presenta una síntesis de estas acciones y se muestra un marcado aumento de la anticoncepción desde fines de la década de 2000, una creciente diversificación de los métodos usados, en particular por un aumento de varios métodos modernos y anticonceptivos reversibles de larga duración, y una caída significativa de la fecundidad en adolescentes entre 2008 y 2018.

Sin embargo, aún no existen estimaciones conocidas del efecto que estarían teniendo los diferentes métodos, y en particular sus combinaciones, sobre la fecundidad en

<sup>7</sup> Véase [en línea] <https://unstats.un.org/sdgs/unsdg>.



adolescentes. Hay estimaciones de la eficacia de cada método anticonceptivo y de algunas combinaciones, introducidas por Bongaarts en su modelo original (Bongaarts, 1982). Recientemente el mismo autor las actualizó para especificarlas por edad (Bongaarts, 2015). No obstante, se trata de estimaciones genéricas y promedios, que no distinguen según grupos socioeconómicos o sexo.

Por otra parte, uno de los conceptos clave en materia anticonceptiva es la continuidad del uso. Las brechas y soluciones de continuidad de la protección anticonceptiva generan ventanas de exposición al riesgo que pueden ser deseadas y planificadas, por ejemplo, por un plan de embarazo, o que pueden ser no deseadas y debidas a barreras de acceso, imposiciones de la pareja (una modalidad de violencia sexual) o por descuido, olvido, incomprensión o inhabilidad de quienes usan esos métodos. Comoquiera que sea, la discontinuidad no intencional del uso de métodos anticonceptivos puede desembocar en embarazos no deseados y fecundidad no deseada, lo que representa una vulneración abierta de los derechos sexuales y reproductivos. Por ello, esta discontinuidad es la que interesa a efectos de análisis y política.

La Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018 capta alguna información relevante sobre estos temas y su procesamiento puede contribuir a responder esta pregunta, al menos de manera inicial. La hipótesis general es que el uso de anticoncepción en la primera relación sexual reduce el riesgo de tener hijos en la adolescencia, y que este efecto es diferenciado según el método anticonceptivo y las combinaciones de métodos que se utilicen. Se espera que estos efectos se mantengan, controlando otras variables intermedias y distales asociadas a las probabilidades de tener hijos en la adolescencia. Cabe esperar que la iniciación sexual con métodos anticonceptivos modernos, reveladora de una conducta preventiva y de autocuidado, se asocie a una continuidad del uso de esos métodos, lo que representa una segunda vía de efecto inhibitor sobre la fecundidad en la adolescencia.

## B. Marco metodológico

La Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018, encargada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) de Chile se aplicó a una muestra de 9.700 jóvenes (población de 15 a 29 años de edad) de ambos sexos. También incluyó una muestra y un cuestionario para adultos, que no se utilizarán en este estudio. Su diseño muestral es probabilístico y polietápico, siendo representativos sus resultados a nivel nacional, regional y por área urbana o rural. Su margen de error es de alrededor del 1% para resultados totales con varianza máxima, con un 95% de confianza. Su aplicación fue presencial, mediante una tableta electrónica para la recopilación de datos, y su duración fue de aproximadamente una hora para responder las 154 preguntas del cuestionario<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Se puede encontrar más información sobre la encuesta, incluidos la base de datos y el cuestionario, en INJUV (2019b) e INJUV (s/f).

La Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018 (INJUV, 2018) contiene varios módulos. El módulo 8 (Pareja y familia) incluye, entre otros ítems, preguntas sobre la situación de pareja en el momento de la encuesta (pregunta P88)<sup>9</sup>. Este concepto va más allá de los estándares demográficos y comprende relaciones románticas sin convivencia (muchas de ellas con actividad sexual), típicas de la adolescencia. También se indaga sobre el número de hijos (pregunta P89), con lo que se puede identificar a los padres y madres adolescentes porque la consulta se hace para ambos sexos, y sobre la edad del hijo mayor (pregunta P90), que permite determinar la edad a la que se tuvo el primer descendiente. Por su parte, el módulo 13 (Salud sexual y reproductiva) contiene, entre otros ítems, preguntas sobre iniciación sexual (pregunta P117: “¿Te has iniciado sexualmente, es decir, has tenido relaciones sexuales con penetración?”) (pág. 60), edad del debut sexual (pregunta P120: “¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?”) (pág. 60), uso de anticonceptivos (pregunta P123: “¿Qué método(s) anticonceptivo(s) usaste tú o tu pareja en tu primera relación sexual?”) (pág. 61) y pregunta P125: “¿Qué método(s) anticonceptivo(s) usaste tú o tu pareja en tu última relación sexual?” (pág. 61), estas últimas con 14 opciones de métodos que admitían respuesta positiva o negativa)<sup>10 11</sup>. Con estas dos últimas respuestas se pueden construir variables de prevalencia de uso de cada método anticonceptivo, así como variables de combinaciones y de cantidad de métodos utilizados, tanto en la primera como en la última relación sexual. En esta investigación se priorizarán indicadores de detección del uso o no uso de métodos anticonceptivos modernos (uno o más) y de combinaciones de métodos, incluida una que sea de uso exclusivo de métodos tradicionales, a fin de comparar el comportamiento y el desempeño con el no uso y el uso de métodos anticonceptivos modernos (uno o más y combinaciones específicas).

Todas estas consultas son una pequeña fracción del estándar de las fuentes especializadas (del tipo encuestas de demografía y salud como las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas de Salud Reproductiva (ESR) o Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)<sup>12</sup>. En muchos casos su elaboración, articulación y poblaciones de referencia no calzan con los estándares especializados, pero sí permiten aproximaciones para responder las siguientes preguntas o hipótesis, con los respectivos procedimientos para hacerlo: i) ¿cuáles son las prevalencias de cada método anticonceptivo y de las combinaciones de métodos (con énfasis en los métodos modernos y en las combinaciones más prevalentes) entre adolescentes, según sexo

<sup>9</sup> Pero no sobre la situación de pareja en el pasado.

<sup>10</sup> Condón, dispositivo intrauterino (DIU), anticonceptivo oral, píldora del día después (anticonceptivo de emergencia), inyectables (hormonas), implantes subdérmicos (hormonas), coito interrumpido, métodos naturales (temperatura basal, método Billings, entre otros), esterilización femenina, esterilización masculina, anillo vaginal, parche anticonceptivo, condón femenino y “otros” métodos. Los únicos considerados no modernos son el coito interrumpido, los métodos naturales y “otros” (los dos primeros se clasifican como tradicionales o naturales).

<sup>11</sup> En estas secciones también se incluyen otras preguntas sobre el número de hijos deseados, embarazos no planificados y aborto, que se abordarán de manera sucinta en la sección final de este texto.

<sup>12</sup> Véanse las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) [en línea] <https://dhsprogram.com/>, las Encuestas de Salud Reproductiva (ESR) [en línea] <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm> y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) [en línea] <https://mics.unicef.org/>.

y nivel socioeconómico<sup>13</sup>?, lo que se obtiene con porcentajes de uso por subgrupos debidamente ponderados; ii) ¿cuáles son los efectos de cada método anticonceptivo y de las combinaciones de métodos (con énfasis en las más prevalentes) sobre las probabilidades de haber tenido hijos entre las personas adolescentes?, lo que se obtiene mediante las estimaciones puntuales robustas de las razones de probabilidades (*odds ratios*) de regresiones logísticas binomiales de la maternidad en la adolescencia (porcentaje que ha tenido hijos, dividido por (1 - porcentaje que no ha tenido hijos), y iii) ¿cuál es la relación entre el uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual (como medida de continuidad o discontinuidad de uso de estos métodos), y cuál es el efecto de esta dinámica sobre las probabilidades de haber tenido hijos entre las personas adolescentes?, lo que se obtiene mediante las estimaciones puntuales robustas de las razones de probabilidades de regresiones logísticas binomiales de la maternidad en la adolescencia (porcentaje que ha tenido hijos, dividido por (1 - porcentaje que no ha tenido hijos).

## 1. Siete puntos metodológicos finales

En primer lugar, para la medición de la desigualdad se usará la variable de grupo socioeconómico (GSE) incluida en la base de datos de la Encuesta Nacional de Juventud<sup>14</sup>. Se trata de una variable estándar de los estudios de mercado en Chile<sup>15</sup>. En una revisión somera del perfil de los grupos, en general se comportan según lo previsto en el plano socioeconómico, aunque, como se verá, deparan algunas sorpresas en el plano reproductivo. Cabe mencionar que, en algunos casos, sobre todo cuando se examina la tenencia de hijos (maternidad o paternidad en la adolescencia), se usan clasificaciones recodificadas (GSE recodificado) solo en tres grupos para permitir que todos tengan casos de maternidad o paternidad. En otros casos, para lograr esto se suma el número 20 a los cálculos de edad (el resto de los cálculos de esta investigación corresponde a la edad de 15 a 19 años).

En segundo lugar, la cantidad teórica de posibles combinaciones de métodos anticonceptivos es enorme (14 preguntas de respuesta independiente, con tres categorías de cada una: “sí uso”, “no usó” y NS-NR), la cantidad observada es grande y la cantidad de categorías con más de un 1% de menciones no es menor. Dado lo anterior, para facilitar y dirigir la interpretación, los resultados se referirán primero a los métodos modernos como un todo y luego a las combinaciones de métodos más usados, a saber, aquellos con prevalencias superiores al 5%, sea en hombres o mujeres.

<sup>13</sup> Para la clasificación socioeconómica de los hogares donde habitan las personas encuestadas, se utilizó el modelo original de la Asociación Europea para la Investigación de Opinión y de Mercados, que calcula el grupo socioeconómico (GSE) del hogar en función de dos variables: i) la profesión o trabajo del principal sostenedor del hogar, y ii) su nivel educacional. Cuando no se obtuvo información suficiente para hacer la clasificación del GSE a partir de la utilización del modelo de la Asociación Europea para la Investigación de Opinión y de Mercados, el GSE del hogar se declara como “No calculable”. Esto ocurrió en 442 casos en la muestra de jóvenes, y en 34 casos en la muestra de adultos. “Para efectos de nomenclatura, se refiere a ‘Grupo Socioeconómico’ o ‘GSE’ al hablar de los cinco grupos resultantes de la metodología recién citada: ABC1, C2, C3, D y E. Asimismo, se refiere a ‘Nivel Socioeconómico’ o ‘NSE’ al hablar de la agrupación de los anteriores grupos de la siguiente forma: alto (ABC1), medio (C2 y C3) y bajo (D y E)” (INJUV, 2019b, pág. 34).

<sup>14</sup> Se hicieron los mismos cálculos y pruebas estadísticas con otra variable de segmentación social disponible en la base de datos, a saber: el nivel educativo. Los resultados obtenidos no variaron de forma significativa, por lo que se decidió por parsimonia solo usar el GSE.

<sup>15</sup> Véase [en línea] <https://www.anda.cl/estudios-akc/>.

En tercer lugar, el análisis del efecto de los métodos anticonceptivos sobre la reproducción se centrará en el uso de métodos en la primera relación sexual, salvo en el caso de la continuidad de uso, en que también se considera el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual. El hecho de que se preste especial atención al debut sexual tiene explicaciones de política y también metodológicas, porque está bien documentado que el uso en la última relación sexual puede tener una relación causal inversa con las probabilidades de haber tenido hijos entre adolescentes, y debido a ello pueden obtenerse coeficientes contraintuitivos que no cabe sobreinterpretar (Rodríguez y Roberts, 2020; Rodríguez, Di Cesare y Páez, 2017).

En cuarto lugar, los procesamientos se efectuaron con el paquete estadístico Stata 15 y todos los resultados fueron debidamente ponderados, considerando el diseño muestral de la encuesta, lo que permitió contar con errores estándares robustos para los coeficientes de las regresiones logísticas y con intervalos de confianza robustos para las estimaciones puntuales.

En quinto lugar, en algunos cálculos se consideran otras variables intermedias como la actividad sexual y la unión. Respecto de la primera, la atención especial que se presta al uso de anticonceptivos obliga a centrarse en las personas adolescentes iniciadas sexualmente y por ello se usará la variable de la edad de iniciación sexual. Respecto de la unión, está documentado que su relación con la fecundidad sigue siendo altamente significativa (Rodríguez y Roberts, 2020). Sin embargo, la propensión a unirse en la adolescencia ha descendido y, además, la unión presenta una potencial relación causal inversa con la fecundidad (adolescentes que se unen debido a un embarazo o a que han tenido un hijo). Ambos fenómenos sugieren la conveniencia de no sobreinterpretar esta relación y de incluir la variable de la unión, que además no mide la situación de unión en el pasado, y funciona de manera selectiva y básicamente como control.

En sexto lugar, frente a las distinciones y complejidades de la continuidad o discontinuidad de uso de métodos anticonceptivos, la Encuesta Nacional de Juventud resulta una fuente muy limitada porque solo puede captar una continuidad del uso de los métodos que es muy aproximada e imprecisa. Se trata de aquella que hay entre el uso de métodos anticonceptivos en la primera y la última relación sexual. A las limitaciones que implica tener una continuidad dicotómica (sí-no, aunque el “no” tenga alternativas, como se verá) y no gradientes, se agrega que tampoco se puede estimar el tiempo de esta continuidad, ya que es imposible situar temporalmente la última relación sexual<sup>16</sup>. Esto último tiene un efecto colateral, dado que no es posible saber si la última relación sexual es diferente de la primera. Por ende, tampoco se puede saber si realmente tiene sentido considerar el uso en ambas como una medida de continuidad. Sin embargo, ante la falta de opciones y alternativas, se usará esa combinación para generar un indicador de continuidad con las siguientes categorías: i) no usó en ambas ocasiones o discontinuidad permanente; ii) usó en el primer coito, pero no en la última relación sexual o discontinuidad parcial hacia adelante; iii) no usó en el primer coito, pero sí en la última relación sexual o discontinuidad parcial hacia atrás, y iv) usó en ambas ocasiones.

En séptimo lugar, las variables utilizadas tienen limitaciones importantes, pero no hay fuentes alternativas para realizar estos análisis en Chile. Solo existen algunas encuestas

<sup>16</sup> La primera sí puede situarse.

de salud que incluyen consultas sobre anticoncepción (Rodríguez y Roberts, 2020), pero la muestra de adolescentes es mucho menor que la de la Encuesta Nacional de Juventud y sus resultados son menos confiables. Con todo, está previsto utilizar esas encuestas en el futuro para complementar el presente análisis.

## C. Resultados

### 1. ¿Cuáles son las prevalencias de cada método anticonceptivo y de las combinaciones de métodos anticonceptivos (con énfasis en los modernos y en las combinaciones más prevalentes) entre adolescentes, según sexo y nivel socioeconómico?

En el cuadro 2 se muestra que el porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente que usaron un método anticonceptivo moderno en su primera relación sexual en Chile es alto y supera el 80%. La cifra es algo mayor en el caso de las mujeres. Los adolescentes tienen relaciones más bien erráticas con la edad, parciales con el grupo socioeconómico (no se verifica el gradiente típico de mayor uso a mayor nivel socioeconómico, salvo por el grupo de menor nivel socioeconómico (E), que sí registra la menor prevalencia de uso). El uso de métodos anticonceptivos es más frecuente entre adolescentes que se inician sexualmente después de los 15 años, lo que da a entender que las iniciaciones precoces tienden a estar menos protegidas y, por ende, ser más riesgosas.

Ahora bien, todas estas relaciones son bivariadas y carecen de una prueba estadística estándar que sintetice su intensidad y significación. Por ello, en el cuadro 3 se presentan los resultados de la regresión logística de las mismas variables del cuadro 2. Se ratifica la mayor propensión al uso de métodos anticonceptivos modernos en el primer coito entre las mujeres, aunque la razón de probabilidades solo es significativa con un nivel de confianza del orden del 90% y no del 95% como es el estándar y el valor que se utiliza en esta investigación. La edad, desperfilada en la relación bivariada, deviene significativa e inversa (razón de probabilidades inferior a 1). Ello implica que, entre adolescentes, el uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual tiende a reducirse con la edad, lo que parece ser resultado de prevalencias inferiores a la media entre quienes tienen 18 y 19 años, como se aprecia en el cuadro 2 de relaciones bivariadas. Ahora bien, como se trata del uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, un factor más importante que la edad actual es la edad a la que la persona se inició sexualmente. El cuadro 3 ratifica la relación positiva con el uso de métodos anticonceptivos en el primer coito, con lo que se reitera que las relaciones más tempranas tienden a estar menos protegidas y, por ende, ser más riesgosas. Por último, el nivel socioeconómico confirma su falta de relación significativa con el uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual. Esta situación ya se había detectado en análisis de otras Encuesta Nacional de Juventud de Chile (Rodríguez y Roberts, 2020), pero se aparta del patrón de desigualdad social típico del debut sexual protegido y, por ende, requiere mayor análisis.

Cuadro 2

**Chile: uso de anticoncepción moderna en la primera relación sexual, por sexo, edad, grupo socioeconómico (GSE) y edad de iniciación, población de 15 a 19 años, 2018**

Variables	Categorías	Proporción	Error estándar	Intervalo de confianza (95%)	
Adolescentes	15 a 19 años	0,83	0,01	0,80	0,86
Sexo	Hombre	0,81	0,02	0,78	0,85
	Mujer	0,85	0,02	0,81	0,89
Edad (en años)	15	0,89	0,05	0,79	1,00
	16	0,77	0,05	0,67	0,86
	17	0,90	0,02	0,85	0,95
	18	0,83	0,03	0,78	0,89
	19	0,81	0,02	0,77	0,86
GSE	ABC1	0,83	0,05	0,73	0,94
	C2	0,86	0,03	0,80	0,93
	C3	0,81	0,03	0,76	0,87
	D	0,82	0,02	0,77	0,87
	E	0,76	0,07	0,63	0,89
Edad de iniciación sexual (en años)	11	0,80	0,11	0,58	1,02
	12	0,70	0,11	0,49	0,91
	13	0,67	0,07	0,54	0,81
	14	0,75	0,04	0,67	0,83
	15	0,83	0,03	0,78	0,89
	16	0,91	0,02	0,87	0,95
	17	0,88	0,03	0,83	0,94
	18	0,90	0,04	0,82	0,98
	NS-NR	0,51	0,13	0,25	0,77

**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), "9na. Encuesta Nacional de Juventud" [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

Respecto de los métodos por separado (considerando solo los que registran un 5% o más de prevalencia en al menos un sexo, a saber: condón, anticonceptivos orales, anticoncepción de emergencia, inyectables, implante y coito interrumpido), en el cuadro 4 se sintetizan los coeficientes de la regresión logística binomial sobre el uso (o no) de cada uno de estos métodos en el primer coito. Se utilizan las mismas variables condicionantes de la regresión logística anterior y se extraen al menos tres conclusiones. En primer lugar, las distinciones por sexo son estadísticamente significativas solo en el caso de los anticonceptivos inyectables, porque su uso está mucho más extendido entre las mujeres. De cualquier manera, las diferencias entre sexos de todos los métodos anticonceptivos, no solo los inyectables, podrían ser mayores, a causa de la pregunta formulada. En efecto, la pregunta P123 (véase el marco metodológico) se refiere al uso de la persona encuestada y su pareja. Esto es correcto en términos de protección, pero genera confusión sobre quién realmente usó anticoncepción, lo que permite introducir la distinción entre usuarios activos y pasivos de métodos anticonceptivos, es decir, quién aplica un método a su cuerpo (usuario activo) y quién se protege por el hecho de que ese usuario haya utilizado un método (usuario pasivo).

Cuadro 3  
**Regresión logística del uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual**

Variables	Razones de probabilidades (odds ratios)	Error estándar robusto	z	P > z	Intervalo de confianza (95%)	
Mujer	1,4573	0,3168	1,7300	0,0830	0,9518	2,2313
Edad	0,7993	0,0790	-2,2700	0,0230	0,6585	0,9702
Edad primer sexo	1,4396	0,1032	5,0800	0,0000	1,2510	1,6567
ABC1	Referencia					
C2	1,3779	0,6966	0,6300	0,5260	0,5116	3,7113
C3	1,1128	0,4980	0,2400	0,8110	0,4630	2,6750
D	0,9841	0,4301	-0,0400	0,9710	0,4179	2,3176
E	0,6948	0,3869	-0,6500	0,5130	0,2333	2,0694
No calculable	3,0018	2,3651	1,4000	0,1630	0,6408	14,0618
Constante	0,8909	1,5017	-0,0700	0,9450	0,0327	24,2449

**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), "9na. Encuesta Nacional de Juventud" [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

**Nota:** Se excluye la no respuesta en el caso de la edad de iniciación sexual.

En segundo lugar, reaparece una relación estadísticamente significativa entre la edad de iniciación sexual y el uso del condón en ambos sexos<sup>17</sup>. En el mismo sentido, el uso de condón tiende a aumentar en debuts sexuales más tardíos, lo que no parece sorprendente, dado lo que se indicó en los antecedentes sobre la maduración psicológica de las personas adolescentes, y las barreras de acceso a la anticoncepción que suelen ser mayores cuando las iniciaciones son más tempranas. Lo anterior también es compatible con los coeficientes inversos estadísticamente significativos que registran la anticoncepción de emergencia (solo hombres) y el coito interrumpido (solo total), pues ambos métodos anticonceptivos revelan limitaciones de acceso a métodos anticonceptivos modernos (en el caso del coito interrumpido), o no uso de un método *in situ* o fallo del método utilizado (en el caso de la anticoncepción de emergencia), todo lo cual es menos probable en iniciaciones sexuales más tardías. En cambio, los coeficientes inferiores a 1 en el caso del implante sí son llamativos y sugerentes<sup>18</sup>. El comienzo de la actividad sexual con anticonceptivos reversibles de larga duración, como el implante, no es la opción más frecuente, por ser invasiva y requerir planificación (o al menos una declaración de intenciones) por parte de la persona adolescente. Sin embargo, sí puede ser una opción pertinente para personas

<sup>17</sup> La edad se desestima como variable de interés y solo se considera como control en la regresión, debido a la preeminencia de la edad de la primera relación sexual, que sí tiene una heurística clara en la relación, porque el uso de métodos anticonceptivos en el primer coito se relaciona naturalmente con la edad a la que se produjo este evento y no con la edad actual.

<sup>18</sup> Estadísticamente significativo en el caso de las mujeres menores de 20 años (razón de probabilidades = 0,7107853), lo que no aparece en el cuadro 4, porque el coeficiente allí expuesto se refiere al grupo de 15 a 24 años (véase la nota a del cuadro 4).

adolescentes de corta edad “anticipatorias”, es decir, que ya expresan interés en iniciar la actividad sexual y están de acuerdo con la colocación del implante, y los equipos de salud también lo estiman procedente. De hecho, los protocolos actuales sobre la materia en Chile reconocen e incluso promueven esta opción, en particular en el caso de las adolescentes con “intención de conducta anticipadora” (Ministerio de Salud, 2016, pág. 28)<sup>19</sup>.

En tercer lugar, se detectan varias relaciones estadísticamente significativas con el GSE, aunque sobresale el caso de los inyectables, con probabilidades entre seis y diez veces mayores en los estratos bajos respecto del grupo ABC1 (de referencia). Con los implantes ocurre algo parecido, aunque los coeficientes no logran significación estadística con el nivel de confianza tradicional (95%). En todo caso, esto se puede deber al uso de un grupo de edad más amplio, porque entre el grupo de 15 a 19 años no hay casos de adolescentes del estrato ABC1 que hayan debutado sexualmente usando implante. De esta manera a la autoselección de “riesgo” se le suma la autoselección social (“bajo nivel socioeconómico”, en parte interactiva con la anterior). Por otro lado, los anticonceptivos orales también registran más probabilidades entre los grupos diferentes al ABC1, aunque sin lograr significación estadística. El condón, en cambio, presenta menores probabilidades de uso en el primer coito en los grupos diferentes al ABC1. Resulta estadísticamente significativo el grupo E (total), con solo un tercio de las probabilidades que tiene el grupo ABC1. Por último, el coito interrumpido difiere mucho entre los hombres y las mujeres, pues en estas tiende a ser más frecuente en los grupos distintos al ABC1, aunque solo alcanza significación en el caso del grupo “no clasificable”, mientras que en los hombres es menos frecuente entre los grupos distintos a ABC1 (relación estadísticamente significativa en tres grupos, además). Así, a diferencia de lo observado con el uso no genérico de métodos anticonceptivos modernos en el primer coito, al examinar los métodos más comunes se plantean algunos contrapuntos socioeconómicos, más que una desigualdad sistemática y masiva. Estos contrapuntos se agudizan en la comparación entre hombres y mujeres, lo que sugiere una interacción entre las desigualdades sociales y de género.

<sup>19</sup> “[Adolescentes] que no han iniciado actividad sexual coital o penetrativa, pero con intención de cambiar la conducta sexual dentro de los próximos seis meses” (Ministerio de Salud, 2016, pág. 28), en cuyo caso la Guía práctica del Ministerio de Salud hace varias sugerencias, para la segunda reunión de consejería, entre ellas: “compartir información sobre las ITS más comunes, formas de transmisión y conductas preventivas. Reforzar la importancia del uso correcto y consistente del condón. Compartir información sobre el condón y métodos anticonceptivos, acerca de los tipos, incluyendo y fomentando los métodos de larga duración, sus características, mecanismo de acción y efectos secundarios” (Ministerio de Salud, 2016, pág. 29).



Cuadro 4

**Regresión logística del uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual y variables sociodemográficas, población de 15 a 19 años**  
(En razones de probabilidades (odds ratios))

Variables	Condón		Anticonceptivo oral		Inyectable		Implante		Anticoncepción de emergencia		Coito interrumpido							
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer						
Mujer	0,86	No aplica	1,35	No aplica	3,22	No aplica	1,22	No aplica	0,860	No aplica	0,96	No aplica						
Edad	0,71	0,79	0,62	0,88	0,81	0,99	1,02	1,14	0,95	2,12	1,07	0,93	1,030	1,08	0,88	1,07	1,10	0,96
Edad del primer coito <sup>a</sup>	1,33	1,36	1,32	1,13	1,03	1,22	0,90	0,86	0,94	0,74	0,82	0,87	0,82	0,79	1,01	0,78	0,80	0,82
ABC1	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
C2	0,98	1,28	0,39	0,86	0,81	2,14	2,19	3,38	2,58	0,44	Una o más categorías	0,80	1,60	1,44	1,64	0,84	0,85	1,78
C3	0,89	1,07	0,39	1,20	1,05	3,22	3,21	1,93	7,38	2,56	sin casos	2,84	1,28	1,39	1,20	0,53	0,40	3,43
D	0,64	0,78	0,28	0,96	0,68	3,04	3,63	1,68	9,05	1,26		2,75	1,48	0,83	1,62	0,74	0,42	4,19
E	0,33	0,29	0,16	0,79	1,22	1,46	3,12	1,09	7,33	1,24		2,19	1,06	0,63	1,05	0,21	0,88	1,74
No calculable	1,08	0,90	0,91	0,82	0,51	2,81	8,30	9,02	12,37	1,62		5,31	0,23	0,29	0,46	0,79	0,10	10,96
Constante	30,5	2,68	762,13	0,37	10,00	0,01	0,02	0,03	0,24	0,04	0,26	0,94	0,86	0,89	0,46	1,24	0,74	0,71

**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), "9na. Encuesta Nacional de Juventud" [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

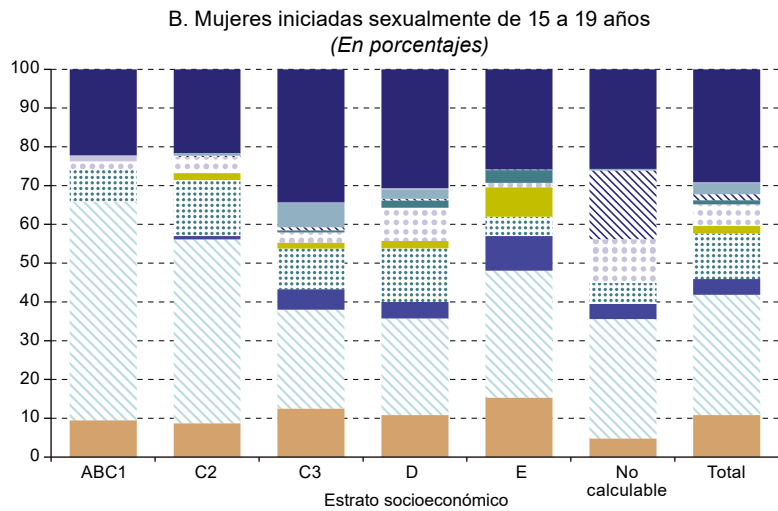
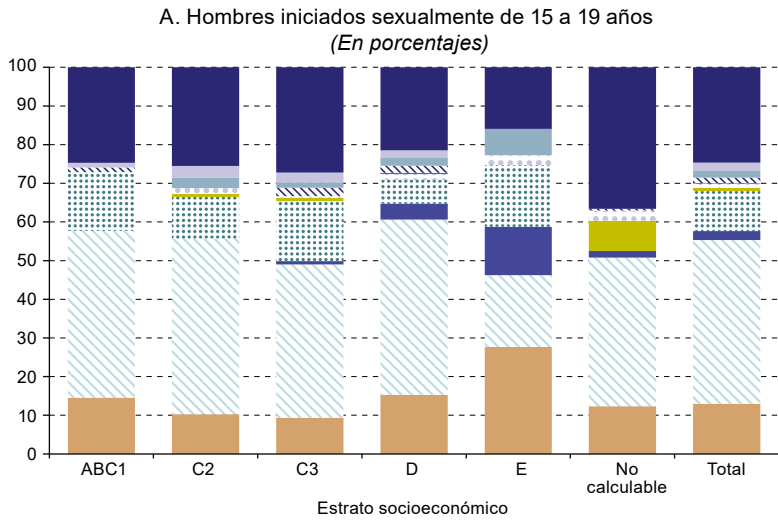
**Nota:** En el caso del implante y la anticoncepción de emergencia para mujeres, la regresión corresponde a la población de 15 a 24 años para permitir que todos los grupos socioeconómicos tuvieran casos. Lo mismo ocurre en el caso del coito interrumpido para los hombres.  
<sup>a</sup> Se excluye la no respuesta en el caso de la edad de iniciación sexual.

Los resultados anteriores tienen una limitación importante pues, al corresponder a cada método por separado, en la categoría negativa de la variable condicionada se mezclan situaciones muy diferentes, en particular las de quienes no utilizaron ningún método anticonceptivo en el primer coito, por un lado, y las de quienes utilizaron uno o unos métodos diferentes al considerado en la regresión. Para buscar una solución al problema anterior, un primer paso está en el gráfico 2 (subgráficos 2A y 2B), en que se presentan las combinaciones de métodos anticonceptivos usadas en el primer coito del grupo de 15 a 19 años. Se trata de las ocho combinaciones de mayor frecuencia, incluido el uso de un solo método anticonceptivo, el no uso de un método anticonceptivo, y todas las combinaciones restantes en una categoría residual, con diez categorías en total.

Los resultados se presentan separados por sexo, porque las distribuciones de la variable construida “combinaciones de métodos anticonceptivos al primer coito” difieren entre ellos ( $\chi^2 = 37,6770$  con valor  $p < 0,000$ ). Un primer hallazgo es que hay una asociación estadísticamente significativa entre el GSE y la combinación de métodos ( $\chi^2 = 74,1511$ , valor  $p < 0,015$ ) que se debe en gran medida al contrapunto entre una gran concentración en solo condón y doble protección condón-anticonceptivo oral en el grupo más acomodado (ABC1) y una mayor diversidad en el resto. Esto responde a la figuración de inyectables, implantes, anticoncepción de emergencia y DIU, sea de uso exclusivo o con doble protección por el uso adicional de condón. También se verifica un contrapunto en la iniciación sexual desprotegida, que es mayor en los grupos socioeconómicos desaventajados. Resulta llamativo que el estrato ABC1 no es el de menor nivel de iniciación desprotegida. Ahora bien, al segmentar por sexo, la significancia estadística se pierde (con  $\chi^2$ ), pero los gráficos (calculados con población debidamente expandida) mantienen el patrón anterior: poca diferencia en el no uso (con la excepción del grupo E, el más pobre, que presenta un mayor porcentaje, sobre todo en hombres) y claro contraste entre concentración en condón exclusivo y doble protección condón-anticonceptivo oral en los estratos más acomodados (incluido C2), por una parte, y prevalencias más diversificadas en los otros estratos.

En síntesis, los resultados sugieren que la aparente homogeneidad socioeconómica de la iniciación sexual protegida se diluye parcialmente al considerar las combinaciones de métodos anticonceptivos. No obstante, la heterogeneidad que emerge es más compleja que el tradicional gradiente socioeconómico de protección creciente con el nivel socioeconómico. Cabe entonces pasar a la segunda interrogante de esta investigación.

Gráfico 2  
**Chile: estructura relativa de la combinación de métodos anticonceptivos en el primer coito, hombres y mujeres iniciados sexualmente de 15 a 19 años de edad, según estrato socioeconómico, 2018**



- Todas las otras combinaciones
- Solo tradicionales
- ▨ Solo condón e implante
- ▤ Solo condón y anticonceptivo oral (píldora)
- ▧ Solo condón
- Ningún método
- Solo no sabe (NS) – no responde (NR)
- ▨ Solo condón e inyectable
- Solo implante
- Solo anticonceptivo oral (píldora)
- Solo inyectable

**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), “9na. Encuesta Nacional de Juventud” [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

## 2. ¿Cuáles son los efectos de cada método anticonceptivo y de las combinaciones de métodos (con énfasis en los modernos y en las combinaciones más prevalentes) sobre las probabilidades de haber tenido hijos entre las personas adolescentes?

Los coeficientes de las regresiones logísticas de la condición de madre que se exponen en el cuadro 5 permiten obtener una primera cuantificación del efecto de las “edades” sobre la probabilidad de haber tenido un hijo<sup>20</sup>. Como es de esperar, se trata de relaciones significativas porque ambas se vinculan directamente con el tiempo de exposición al riesgo. Así, cada año adicional de edad entre los 15 y los 19 duplica, en promedio, la probabilidad de ser madre, mientras que cada año de postergación de la iniciación sexual (desde la iniciación a los 11 años, que es la mínima en la muestra) reduce esta probabilidad en un 50%.

Cuadro 5  
Regresión logística de la condición de madre y variables socioeconómicas e intermedias seleccionadas, mujeres de 15 a 20 años

Variables	Razones de probabilidades ( <i>odds ratios</i> )			
Edad	2,07	2,17	2,07	2,13
Edad en el primer coito	0,53	0,53	0,54	0,52
Grupo socioeconómico (ABC1 = referencia)				
C2		7,21	7,21	7,68
C3		14,31	12,66	15,71
D		38,82	36,45	43,59
E		26,02	24,12	31,71
No calculable		13,29	10,90	17,19
Usó un método anticonceptivo moderno en el primer coito (No = referencia)			0,32	
Combinación de métodos anticonceptivos en el primer coito (No usó = referencia)				
Solo condón				0,33
Solo anticonceptivo oral (píldora)				0,08
Solo condón y anticonceptivo oral (píldora)				0,57
Solo inyectable				0,16
Solo condón e inyectable				0,40
Solo implante				0,16
Solo condón e implante				
Solo No sabe (NS) – No responde (NR)				0,48
Solo naturales				0,96
Todas las otras combinaciones				0,20
Constante	0,00	0,00	0,00	0,00

**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), “9na. Encuesta Nacional de Juventud” [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

<sup>20</sup> El análisis se concentra en las mujeres y se amplió la población de referencia hasta la edad de 20 años para tener una cantidad suficiente de madres, sobre todo en el grupo socioeconómico más acomodado (ABC1).

Al ampliar el modelo e incluir el grupo socioeconómico, todos los grupos registran probabilidades mucho mayores que el de referencia (más acomodado, ABC<sub>1</sub>). Pese a la magnitud de las razones de probabilidades, solo las de los grupos C<sub>3</sub>, D y E son estadísticamente significativas, con un 95% de confianza. Los coeficientes no siguen una tendencia sistemática y, de hecho, alcanzan su mayor valor en el grupo D y no en el E, lo que se aparta de lo esperado teóricamente (que en principio es una relación inversa y más bien lineal entre el nivel socioeconómico y la probabilidad de ser madre). No obstante, ese resultado se alinea con los resultados bivariados expuestos en el cuadro 1 (con la variable GSE recodificada solo en tres categorías), que muestran que el grupo medio-bajo (C<sub>3</sub> + D) registra un mayor nivel de maternidad en la adolescencia que el grupo E.

Al incluir el uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual (como variable dicotómica, es decir, usó o no usó), se obtiene un coeficiente estadísticamente significativo que sugiere que las probabilidades de haber sido madre de las muchachas que usaron métodos modernos en su primer coito son un tercio de las probabilidades de quienes no usaron métodos modernos, controlando edad, edad de iniciación sexual y grupos socioeconómico. Los coeficientes de estas últimas variables no presentan cambios significativos respecto del modelo anterior.

Al cambiar la variable anticonceptiva mediante la introducción de las combinaciones de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (variable expuesta en los subgráficos 2A y 2B), se obtiene que, de las siete combinaciones de métodos anticonceptivos modernos individualizadas, todas registran coeficientes inferiores a 1, es decir, tienden a reducir la probabilidad de haber sido madre respecto de la categoría de referencia (no usó un método anticonceptivo). Por su parte, cuatro de ellas logran significación estadística, a saber: solo condón, solo anticonceptivo oral, solo inyectable y todas las otras combinaciones.

La categoría de solo implante tiene una razón de probabilidades de 0,16, es decir, un efecto reductor del orden del 85% de las probabilidades de haber sido madre, pero no alcanza significación estadística según el umbral utilizado en esta investigación. Con todo, la mucho menor probabilidad de haber sido madre que registran las adolescentes que usaron implante en el primer coito respecto de la media es destacable por la autoselección de estas adolescentes en términos de iniciación sexual temprana y la pertenencia a grupos socioeconómicos modestos.

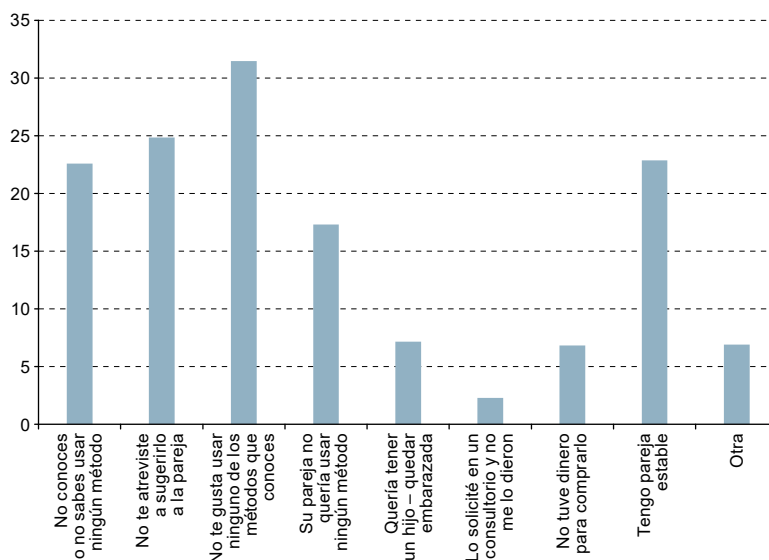
Además, la categoría de doble protección “solo condón e implante” fue excluida automáticamente de la regresión, porque no hubo casos en que esas personas tuvieran hijos, lo que por supuesto da a entender que esta combinación de métodos anticonceptivos modernos tiene un poderoso efecto inhibitor de la fecundidad.

Por su parte, las dos combinaciones que teóricamente podrían carecer de un impacto inhibitor de la maternidad en la adolescencia (es decir, no tener diferencias significativas con el grupo de referencia al respecto) no presentan en efecto un coeficiente estadísticamente significativo. Sin embargo, hay un contrapunto entre el coeficiente inferior a 0,5 del grupo que no responde a las preguntas sobre el uso de métodos anticonceptivos en el primer coito (y que sí se inició sexualmente, siendo este un filtro usado en las regresiones) y el coeficiente muy cercano a la unidad de la categoría “solo utilizó métodos naturales”, con lo que se verifica que estos últimos son más bien ineficientes para prevenir embarazos.

### 3. ¿Cuál es la relación entre el uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual (como medida de continuidad o discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos) y cuál es el efecto de esta dinámica sobre las probabilidades de haber tenido hijos entre las personas adolescentes?

En el marco metodológico se mencionaron las limitaciones para medir la continuidad o discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos. Pero no se mencionó un aporte interesante, a saber: la consulta sobre la razón por la que no usó un método anticonceptivo, que se incluye en la Encuesta Nacional de Juventud 2018, aunque exclusivamente para la última relación sexual. En el gráfico 3 se presenta la frecuencia de las respuestas. Se observa con claridad que el deseo de embarazarse está entre las menos comunes, siendo mucho más importantes las relativas a los gustos o preferencias (no usó porque “no le gustan los métodos anticonceptivos”, lo que puede deberse a razones anatómicas o biológicas, a temores (fundados o no) y a valoraciones (rechazo religioso, por ejemplo)) o a las relaciones de pareja, lo que subraya la importancia de la educación sexual y de reforzar el empoderamiento femenino y aumentar las capacidades negociadoras de las mujeres dentro de las parejas.

Gráfico 3  
Chile: mujeres de 15 a 19 años que no usaron anticoncepción  
en su última relación sexual, por causa de no uso, 2018  
(En porcentajes)



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), “9na. Encuesta Nacional de Juventud” [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

**Nota:** La suma de los porcentajes supera el 100% porque se trata de respuestas a preguntas independientes sobre las causas y se permitía contestar “sí” a más de una.

De cualquier manera, los datos agregados iniciales sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos en la última relación sexual no representan una gran diferencia con lo observado respecto del uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual: un 83% de usuarios, ligeramente mayor entre hombres, y homogeneidad social, de prevalencia, salvo en el caso del grupo socioeconómico superior (ABC<sub>1</sub>), donde alcanza un 100%.

Por otra parte, en las personas adolescentes, hay una asociación (medida con chi-cuadrado) estrecha y positiva entre el uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera y en la última relación sexual, que se mantiene en función del sexo. Así, el 90% de las adolescentes que tuvieron un debut sexual protegido con métodos anticonceptivos modernos mantienen esa protección en su última relación sexual. Ese guarismo sube al 95% en el caso de los hombres. Como contrapartida, solo el 62% de las adolescentes y el 56% de los adolescentes que no usaron métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual, no usaron métodos anticonceptivos modernos en la última relación sexual. Más aún, en una regresión logística sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos en la última relación sexual con todas las variables de control usadas en las anteriores regresiones de este estudio (edad, edad en la primera relación sexual, sexo, grupo socioeconómico recodificado y uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual), la única variable significativa es la última (razón de probabilidades = 16,7). No obstante, este coeficiente está sobreestimado, porque solo quienes utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual pueden tener continuidad.

Respecto de la continuidad del uso de métodos anticonceptivos por parte de las personas adolescentes, el porcentaje de quienes presentan continuidad (quienes usaron métodos anticonceptivos modernos en la primera y en la última relación sexual) no presenta mayores diferencias según sexo. Respecto del nivel socioeconómico se registra un gradiente inverso que, sin embargo, no alcanza a ser una asociación estadísticamente significativa, al menos en el caso de las adolescentes.

Por último, la variable de continuidad resulta significativa en la regresión logística con todas las variables de control más la continuidad como variable anticonceptiva. Su coeficiente sugiere un efecto reductor del orden de dos tercios en la probabilidad de haber sido madre, respecto de la categoría de referencia (no usó métodos anticonceptivos modernos ni en la primera ni en la última relación sexual). Cabe destacar que este efecto se hace incluso mayor cuando se agrega la variable relativa al uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual (de hecho, baja de 0,36 a 0,17)<sup>21</sup>. Esta significación se pierde cuando se incluye el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación (que también deja de ser significativo, lo que evidencia la relación entre ambas). Por su parte, la categoría “discontinuo” (que suma a quienes usaron un anticonceptivo moderno solo una de las dos veces, sin importar cuál) registra coeficientes que varían según el modelo aplicado y fluctúa ligeramente en torno a la unidad, pero en ningún caso alcanza significación estadística.

<sup>21</sup> Este coeficiente no es estadísticamente significativo, lo que de todas maneras es poco relevante por lo expuesto en el marco metodológico sobre la causalidad inversa y la precaución de no sobreinterpretarlo.

De esta forma, la continuidad del uso de métodos anticonceptivos se plantea como otra vía por la cual el debut sexual protegido contribuye a inhibir el riesgo de maternidad en la adolescencia. Sin embargo, no hay duda de que la forma tan básica de medir esta continuidad o discontinuidad basada en la Encuesta Nacional de Juventud 2018 es una limitante para la estimación más rigurosa y precisa de este factor.

## D. Conclusiones

El caso de Chile puede ser paradigmático para América Latina y el Caribe en lo que se refiere a tendencias y políticas atinentes a la reproducción en la adolescencia. La rápida, sostenida y significativa caída que ha tenido la fecundidad en este país no ha sido fruto del azar, sino que se ha basado en políticas públicas activas y en una combinación virtuosa de factores. Entre estos cabe destacar la diversificación de la protección anticonceptiva y el aumento del debut sexual protegido con métodos anticonceptivos modernos altamente eficaces.

Los altos niveles de iniciación sexual protegida no son tan nuevos en el país. De hecho, en 2006 el uso de condón en el primer coito estaba más extendido que en 2018 (Rodríguez y Roberts, 2020). Lo que es diferente en 2018 es la ampliación de los tipos de métodos anticonceptivos utilizados y, sobre todo, la llamativa selectividad social entre los distintos tipos. En particular, los anticonceptivos reversibles de larga duración son mucho más frecuentes entre los grupos socioeconómicos desaventajados. Lo anterior parece estar vinculado con las políticas públicas y el despliegue de oferta anticonceptiva del sector de la salud hacia adolescentes pobres o usuarias del sistema público (consultorios de atención primaria y espacios amigables).

La acción pública parece haber posibilitado que las adolescentes de grupos desaventajados y de mayor fecundidad histórica accedieran a ciertos métodos anticonceptivos de alta eficacia, los que parecen estar fuera de los hábitos relacionados con el uso de anticonceptivos de las personas adolescentes de estratos más acomodados. Esta relación inversa entre nivel socioeconómico y debut sexual con implante sugiere que la iniciación sexual protegida con este método anticonceptivo puede ser altamente autoseleccionada, en concreto por una sobrerrepresentación entre estas usuarias de las adolescentes de exposición precoz y de riesgo a la actividad sexual. Ello se debe tomar en cuenta en los análisis del efecto inhibitorio de la reproducción en la adolescencia de este método. En este sentido, son muy sugerentes los coeficientes bastante inferiores a 1 y altamente significativos de estos métodos anticonceptivos sobre las probabilidades de haber tenido un hijo, pues demuestran que mantienen su eficacia, pese a operar en contextos adversos.

Varios otros desafíos de investigación, así como de política pública, surgen de los datos y su análisis. Tal vez el más importante es que la notable expansión y la selectividad social de estos métodos anticonceptivos no han logrado reducir de forma contundente la marcada desigualdad social de la fecundidad en adolescentes. Las adolescentes de los estratos acomodados aún registran índices de maternidad mucho menores, lo que en parte se debe



a su iniciación sexual más tardía y también a la mayor continuidad del uso de métodos anticonceptivos, en particular en el estrato más acomodado, el ABC1.

Lo anterior adquiere una urgencia adicional cuando se considera una variable no analizada en el trabajo, pero que se capta de manera aproximada en la Encuesta Nacional de Juventud, a saber, el embarazo no planificado. Casi el 10% de las adolescentes iniciadas sexualmente declara haber experimentado uno o más embarazos no planificados. Tal porcentaje es del orden del 15% entre las adolescentes de grupos desaventajados y, en cambio, bordea el 5% entre las adolescentes de los grupos acomodados.

Además del acceso y las combinaciones de métodos anticonceptivos, debe haber otros factores que contribuyan a explicar estas desigualdades de la reproducción en la adolescencia y de los embarazos no planificados. Entre ellos cabe mencionar las características de la continuidad del uso de métodos anticonceptivos y su eficacia en la práctica, asuntos que ameritan otras investigaciones en que se utilicen fuentes alternativas a la usada en esta investigación.

Lo mismo se aplica a dos variables intermedias no indagadas en este texto, como son la nupcialidad y el aborto. De hecho, ambas presentan desigualdades enormes. La unión temprana es más frecuente entre los grupos desaventajados y, como contrapartida, el aborto inducido es mucho más común entre las adolescentes del grupo socioeconómico superior<sup>22</sup>. Sin duda ambos asuntos requieren mayor investigación.

También puede incidir la mayor tolerancia al embarazo entre las adolescentes de grupos desaventajados ante la falta de otras alternativas. No obstante, el bajo porcentaje de no uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual por la razón “quería quedar embarazada” sugiere que esta deseabilidad está lejos de ser un factor particularmente relevante para no usar métodos anticonceptivos.

Por otro lado, si bien el descenso reciente de la fecundidad en Chile es de destacar, la fecundidad de menores de 15 años aún no ha alcanzado un valor de cero, como debería, y la del grupo de 15 a 19 años todavía puede ser mucho menor, como lo muestran las cifras de la mayoría de los países desarrollados, entre ellos los del sur de Europa. Como ya se vio, aún persiste la fecundidad no deseada, con la desigualdad social que la caracteriza.

Un asunto emergente son los flancos que abren los nuevos métodos anticonceptivos en términos éticos y también de comportamiento sexual, incluido el riesgoso. Si bien estos métodos son eficaces para prevenir embarazos, no lo son para prevenir ITS. Como ya se mostró, los niveles de doble protección aún están lejos de alcanzar a la amplia mayoría.

Además, el comportamiento de los hombres, que en esta investigación se indaga de manera preliminar, difiere del de las mujeres y en algunos casos resulta inesperado y difícil de interpretar, por lo que requiere mayor investigación. Para varios de estos desafíos, así como para el abordaje adicional riguroso de las variables intermedias no tratadas en esta investigación, se precisan más datos que los que proporciona la Encuesta Nacional de Juventud.

<sup>22</sup> Un 10% de las adolescentes del grupo socioeconómico ABC1 iniciadas sexualmente declaran haber tenido un aborto inducido, frente a una media del 2% en el caso del total de adolescentes iniciadas sexualmente.

## Bibliografía

- Binstock, G. (2016), *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: apuntes para la construcción de una agenda común*, Panamá, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Blum, R. y otros (2012), “Adolescent health in the 21st century”, *The Lancet*, vol. 379, N° 9826, abril.
- Bongaarts, J. (2015), “Modeling the fertility impact of the proximate determinants: time for a tune-up”, *Demographic Research*, vol. 33, septiembre.
- (1982), “The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables”, *Studies in Family Planning*, vol. 13, N° 6/7, junio-julio.
- Bradley, S. y otros (2019), “Global contraceptive failure rates: who is most at risk?”, *Studies in Family Planning*, vol. 50, N° 1, febrero.
- Breinbauer, C. y M. Maddaleno (2008), *Jóvenes: opciones y cambios, promoción de conductas saludables en los adolescentes*, Publicaciones Científicas y Técnicas, N° 594, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Brunet, N., G. Fernández-Theoduloz y A. López-Gómez (2019), *Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes: diseño y resultados de un estudio en Uruguay 2017-2019*, Montevideo, Universidad de la República (UDELAR)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Castle, S. e I. Askew (2015), *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*, Nueva York, Consejo de Población, diciembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2019), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/6)*, Santiago.
- (2013), *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/L.3697)*, Santiago.
- Cherry, A. y M. Dillon (eds.) (2014), *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses*, Ámsterdam, Springer.
- Dulanto, E. (2000), *El adolescente*, Ciudad de México, McGraw-Hill Interamericana.
- Gómez, R. y otros (2019), “Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries”, *The Lancet Global Health*, vol. 7, N° 2, febrero.
- INJUV (Instituto Nacional de la Juventud) (2019a), *9na Encuesta Nacional de Juventud 2018: informe general de resultados*, Santiago.
- (2019b), “Manual de usuario 9º Encuesta Nacional de Juventud 2018”, diciembre [en línea] [https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/9deg\\_encuesta\\_de\\_juventud\\_-\\_manual\\_de\\_usuario.pdf](https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/9deg_encuesta_de_juventud_-_manual_de_usuario.pdf).
- (2018), “Cuestionario jóvenes: INJUV, Novena Encuesta Nacional de la Juventud” [en línea] [https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/9deg\\_encuesta\\_de\\_juventud\\_-\\_cuestionario\\_jovenes.pdf](https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/9deg_encuesta_de_juventud_-_cuestionario_jovenes.pdf).
- (s/f), “Encuesta Nacional de la Juventud” [en línea] <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.
- Ministerio de Salud (2018), *Servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes: orientación técnica para la atención primaria de salud 2018*, Santiago [en línea] [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04\\_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf).
- (2016), *Guía práctica, consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes: orientaciones para los equipos de atención primaria 2016*, Santiago [en línea] <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>.
- Obach, A. y otros (2020), “Tensiones y encuentros en el imaginario en torno a cuerpos y sexualidades en jóvenes y sistema de salud: resultados de un estudio cualitativo”, documento presentado en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, 9 al 11 de diciembre [en línea] <https://congresosalap.com/alap2020/resumos/0001/PPT-eposter-trab-aceito-0075-1.PDF>.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2018), *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición*, Ginebra.
- Pantelides, E., R. Geldstein y G. Infesta Domínguez (1995), “Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia”, *Cuadernos del CENEP*, N° 51, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población (CENEP).
- Robledo, P. (2014), “Salud sexual y reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería”, Santiago, inédito.
- Rodríguez, J. y A. Roberts (2020), “El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades”, *Serie de Estudios*, N° 12, Santiago, Instituto Nacional de la Juventud (INJUV).
- Rodríguez, J., M. Di Cesare y K. Páez (2017), “Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia”, *serie Población y Desarrollo*, N° 117 (LC/TS.2017/36), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Sadler, M. y otros (2010), *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*, Santiago, CulturaSalud [en línea] <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463deo4001011e011b94.pdf>.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2020), “Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG target 5.6”, Nueva York [en línea] <https://www.unfpa.org/es/node/24019>.

