

Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008



Documento elaborado por el Programa Género y Equidad:
Claudia Dides, M. Cristina Benavente, José Manuel Morán

Documento elaborado en el marco del Plan Regional Andino
de Prevención del Embarazo Adolescente,
según convenio ORAS-CONHU, MINSAL y apoyo de UNFPA

362.7098

D536 Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008 / FLACSO-Chile. Programa Género y Equidad. Santiago, Chile. Ministerio de Salud, UNFPA CHI1R11A, FLACSO-Chile, 2008.
58p.
ISBN: 978-956-205-237-5

ADOLESCENTES; EMBARAZO; PROBLEMAS SOCIALES;
POLITICA PUBLICA; DERECHOS HUMANOS; CHILE

- Este libro es parte del proyecto CHI1R11A del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
- Documento elaborado en el marco del Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Esta publicación puede ser reproducida, en todo o en sus partes, citando la fuente:
Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; UNFPA CHI1R11A y FLACSO-Chile

Registro de Propiedad Intelectual N°178.949
ISBN: 978-956-205-237-5

Primera edición: marzo, 2009

© Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
Mac-Iver 541
Santiago de Chile
www.minsal.cl

© Proyecto UNFPA CHI1R11A
Dag Hammarskjöld 3241. Vitacura
Santiago de Chile
www.unfpa.org

© FLACSO-Chile, 2008
Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura
Santiago de Chile
www.flacso.cl

Coordinación editorial: Carolina Contreras
Diseño y composición: Carlos Oliva
Impresión Alfabeta Artes Gráficas, Santiago de Chile.

ÍNDICE

Glosario	4
Presentación UNFPA	5
Introducción	7
1. Breve contexto social, cultural y económico de los/as adolescentes en Chile	9
a) Población	9
b) Pertenencia étnica	10
c) Distribución de los ingresos	11
d) Acceso a la educación	13
e) Trabajo	14
f) Violencia	15
g) Asociatividad y participación	19
2. El embarazo adolescente como un problema social	24
3. Situación del embarazo y la fecundidad en adolescentes	31
4. Caracterización de las madres adolescentes	36
a) Caracterización según nivel de ingresos	36
b) Caracterización según distribución geográfica	37
c) Caracterización según nivel educacional	39
d) Caracterización según estado civil	40
e) Caracterización según pertenencia étnica	41
5. Aspectos vinculados al embarazo en la adolescencia	42
a) Sexualidad de los/as adolescentes	42
b) Uso de métodos de prevención	44
c) Entorno social	46
d) Factores cognitivos y psicológicos	48
6. Los derechos y el embarazo en la adolescencia	49
a) Tratados y acuerdos internacionales	49
a.1) Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	49
a.2) Convención sobre los Derechos del Niño	50
a.3) Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo	50
b) Políticas y normas	51
b.1) Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010	51
b.2) Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes	51
b.3) Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad	52
b.4) Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual	52
b.5) Normas para la Consejería en la Atención en Salud Sexual y Reproductiva	52
c) Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	53
Bibliografía	54

GLOSARIO

APROFA: Asociación Chilena para la Protección de la Familia

CEDAW: Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

CASEN: Encuesta de Caracterización Económica

CEMERA: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

FLACSO: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

ICMER: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva

IDH: Índice de Desarrollo Humano

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

INJUV: Instituto Nacional de la Juventud

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación

MINEDUC: Ministerio de Educación

MINSAL: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ORAS-CONHU: Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito-Unanue

SERNAM: Servicio Nacional de la Mujer

UNFPA: Fondo de Población de Naciones Unidas

Presentación UNFPA

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) se complace en presentar el Diagnóstico de la situación del embarazo Adolescente en Chile, donde se recogen datos cuantitativos, aspectos cualitativos y una reseña de los principales estudios que se han hecho en Chile entre 1990 y 2007, mostrando así un panorama general y completo que le permita a cada lector ahondar en el análisis de esta temática. Esperamos que el estudio contribuya a avanzar conjuntamente en la prevención y abordaje del embarazo en la adolescencia y que permita al mismo tiempo desarrollar nuevas investigaciones, con especial énfasis en lo cualitativo. Nuestro principal propósito es que el estudio sirva como herramienta para los tomadores de decisiones y el diseño de políticas públicas, para que estas tengan su base en las voces, miradas, prácticas y saberes propios de las distintas poblaciones que conforman un país.

El estudio en cuestión forma parte de un proyecto en el que los Ministerios de Salud de los países de la subregión andina, en el marco de la Red de Ministros y Ministras de Salud, convocados por el Organismo Regional Andino de Salud – Convenio Hipólito Unzué (ORAS- CONHU), han dado el paso junto a otros socios regionales, como el UNFPA, el Organismo Iberoamericano de la Juventud (OIJ) y la ONG Family Care International, para diseñar parti-

cipativamente con los y las jóvenes de la región un Plan para la Prevención del Embarazo Adolescente.

Ello ha implicado rescatar las diversas y comunes realidades de nuestros países, pero en particular, las propias miradas, experiencias, necesidades y demandas que tienen los y las adolescentes y jóvenes en torno a esta problemática, que sin duda está cruzada por las desigualdades sociales, económicas, culturales y de género. Indagar en las brechas, en las barreras de acceso a los servicios de salud, en las buenas prácticas implementadas, en el mapeo de las organizaciones juveniles, ha sido parte de las tareas encomendadas para el año que se nos va.

Finalmente, cabe mencionar que este es un desafío contemplado en los Objetivos Sanitarios de la República de Chile, así como en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sus conclusiones nos involucran a todos: los Estados, las agencias de cooperación internacional, las organizaciones sociales y comunitarias, a la población en general, y sin duda, a los y las adolescentes y jóvenes.

Esteban Caballero Carrizosa
Representante de UNFPA Perú
Director de País para Chile y Uruguay

Introducción

El presente diagnóstico tiene como finalidad dar a conocer la información revisada que está disponible en el país sobre embarazo en la adolescencia, incluyendo antecedentes cualitativos y epidemiológicos en el marco del proyecto UNFPA desarrollado con FLACSO-Chile y, en particular, en el contexto del Plan Regional Andino de Prevención de Embarazo Adolescente, según convenio ORAS-CONHU, MINSAL y apoyo de UNFPA.

Como es sabido, el embarazo en la adolescencia ha sido una preocupación del Estado de Chile durante los últimos años. Recientemente, dentro de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, se estableció la necesidad de reducir las tasas de embarazo tanto entre las niñas de 10 a 14 años, como en aquellas de 15 a 19. Estos rangos de edades constituyen el segmento de población que OPS considera como adolescentes y es el grupo incluido en este estudio como tal¹.

La diversidad de factores que inciden en la problemática del embarazo en la adolescencia relacionados con la salud pública, la educación y el entorno social de los/as adolescentes, complejiza el problema e impone un abordaje desde múltiples lugares. Considerando esto, se revisó información proveniente de diversas fuentes, tales como las bases de datos del Departamento de Estadísticas

e Información de Salud del Ministerio de Salud, las bases de datos poblacionales e informes de análisis censales del Instituto Nacional de Estadísticas, la CASEN aplicada por el Ministerio de Planificación, la V Encuesta Nacional de Juventud del Instituto Nacional de la Juventud, además de la literatura científica de orden tanto cuantitativo como cualitativo existente en el país sobre la materia desde 1990 a 2007.

Este diagnóstico se divide en seis secciones:

- La primera describe el contexto social, cultural y económico de los/as adolescentes en Chile para dar cuenta de la diversidad de situaciones de este grupo poblacional.

- La segunda explica los motivos por los cuales el embarazo en la adolescencia es considerado un problema social, destacando las implicancias sociales, psicológicas y biológicas.

- La tercera muestra la magnitud cuantitativa del embarazo en la adolescencia, considerando tanto su estado actual como su evolución en los últimos años.

- La cuarta entrega una caracterización de las madres adolescentes, mostrando los aspectos económicos, geográficos y educacionales que las afectan.

¹ Estrategia IMAN (Integración del manejo de los adolescentes y sus necesidades). <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-iman.htm> UNFPA, (2005) "La travesía sin mapas: adolescentes, pobreza y género". En: Estado de la Población Mundial 2005. Recuperado de <http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch5/index.htm> Accesado: octubre 2008.

– En la quinta sección se señalan algunos aspectos vinculados directamente con el embarazo adolescente y que son fundamentales para comprender la génesis de la problemática.

– Finalmente se presenta los convenios y tratados más importantes ratificados y suscritos por Chile, relacionados con el embarazo adolescente, además de las normas y políticas que se han adoptado para enfrentar el mismo.

El presente documento, fue evaluado y avalado por el Programa Nacional de los y las Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Quisiéramos agradecer a las siguientes personas e instituciones:

Alejandro Guajardo, quien participó en la primera parte del proyecto. A Carolina Contreras, que nos ayudó con la corrección de pruebas, a Marcela Contreras por su apoyo secretarial. Asimismo, nuestro agradecimiento a la Dra. Paz Robledo, Encargada Nacional del Programa de los y las Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile, a Mariela Cortés, Oficial de Enlace de UNFPA-Chile, y a Esteban Caballero, Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, Perú.

1. BREVE CONTEXTO SOCIAL, CULTURAL Y ECONÓMICO DE LOS/AS ADOLESCENTES EN CHILE

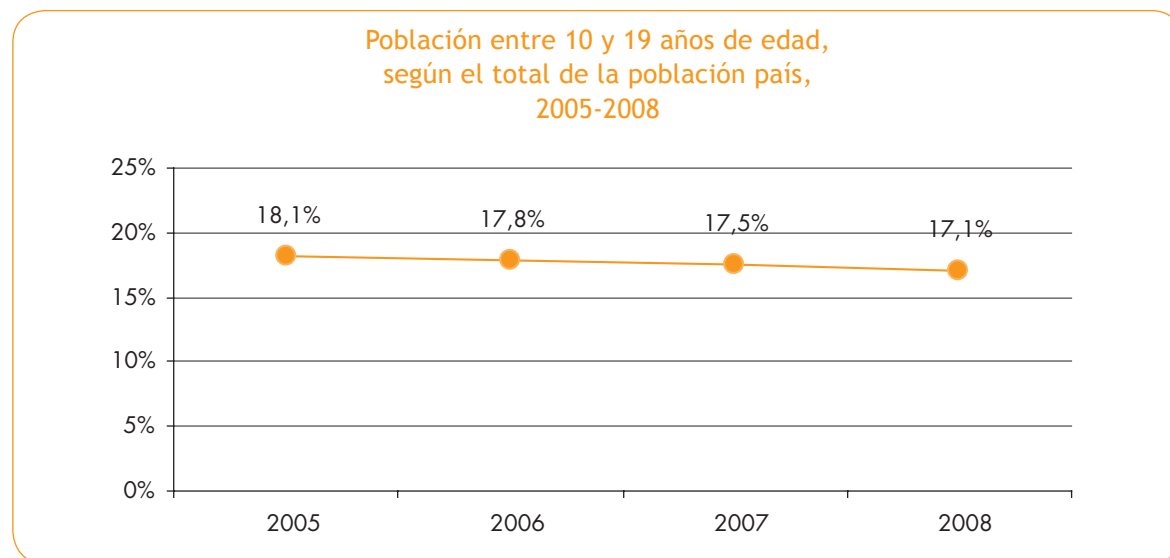
> a) Población

Según estimaciones del INE para el año 2008, en Chile habría 2.871.013 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, entre los cuales el 51% tiene entre 15 y 19 años y el 49% restante entre 10 y 14 años. Si bien en términos absolutos la cantidad de adolescentes aumenta año a año en el país (conforme aumenta el número total de chilenos y chilenas) la proporción de estos respecto a la población total del país corresponde al 17,1%, cifra que ha ido disminuyendo debido a la dinámica de transición demográfica, como se aprecia en el Gráfico 1², lo que

sitúa a Chile como un país en proceso de envejecimiento poblacional.

La población adolescente está compuesta por un 51% de hombres y un 49% de mujeres. Por su parte, del total de nacidos vivos en el país se calcula que un 15,2% corresponden a hijos de madres entre 15 y 19 años de edad, y un 0,4% a madres menores de 15 años³. Esta realidad constituye un problema social del cual las políticas públicas se hacen cargo.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones poblacionales del INE.

² Estimaciones poblacionales del INE, Recuperado en www.ine.cl Accesado en octubre de 2008.

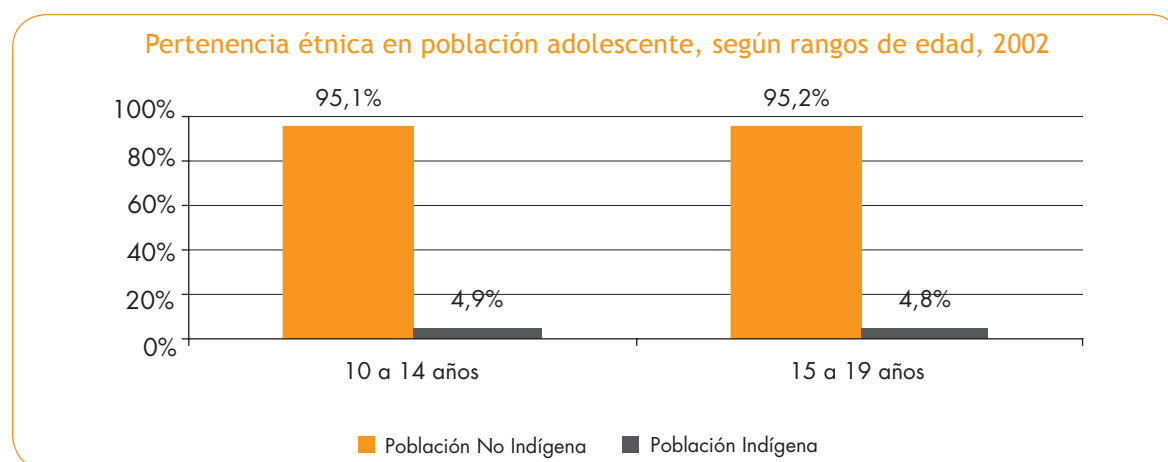
³ Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2008). Estadísticas vitales. Informe Anual 2005. INE, Santiago, Chile.

> b) Pertenencia étnica

De acuerdo a datos de la encuesta CASEN del año 2006, casi el 7,6% de los/as adolescentes chilenos/as pertenecen a alguna etnia. Como se observa en el Gráfico 2, al separar la población adolescente según rangos etarios, no existen mayores diferencias de pertenencia étnica entre ambos grupos.

La mayor cantidad de adolescentes con pertenencia étnica son mapuches (198.819), seguidos muy por debajo por los aimaras (19.478) y los atacameños (5.085), como se observa en la Tabla 1.

Gráfico 2



Fuente: INE; MIDEPLAN (2005). Estadísticas Sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

Tabla 1: Cantidad de adolescentes que pertenecen a alguna etnia, por etnia y grupo etario, 2006

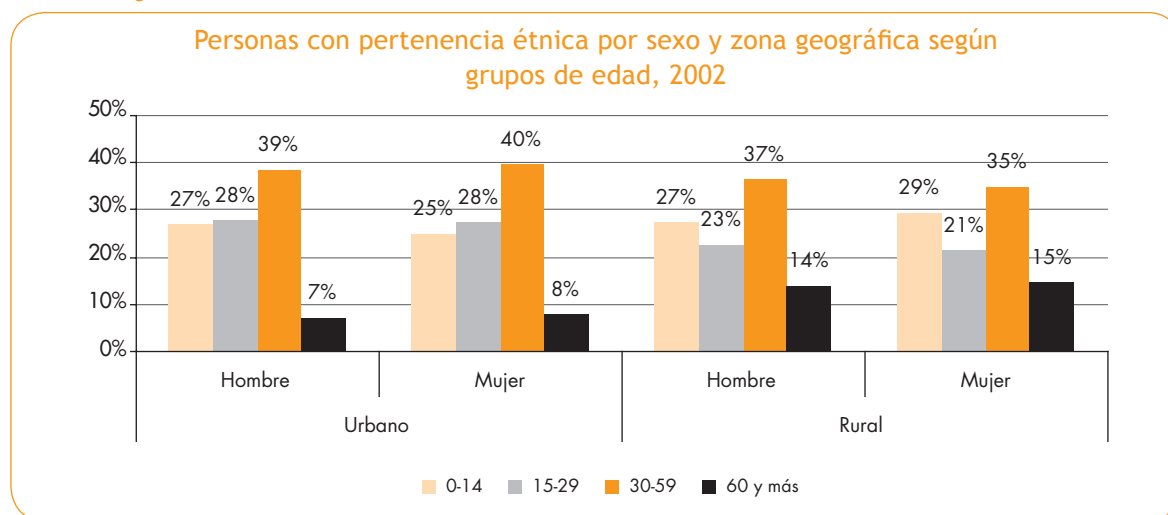
	10 a 13	14 a 16	17 a 19	Total
Aymara	6.697	7.028	5.753	19.478
Rapa Nui	701	36	220	957
Quechua	506	136	88	730
Mapuche	80.512	62.809	55.498	198.819
Atacameño	1.460	1.835	1.790	5.085
Coya	475	269	332	1.076
Kawashkar	273	36	34	343
Yagán	54	-	-	54
Diaguita	893	617	498	2.008
Sin pertenencia	1.017.936	877.591	868.331	2.763.858
Sin dato	1.347	641	1.368	3.356

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta CASEN, 2006

El grupo de los/as jóvenes con pertenencia étnica entre 15 y 29 años de edad tiende a situarse más en las zonas urbanas que en las rurales, tanto entre los hombres (28%) como entre las muje-

res (28%), contrario a lo que ocurre con el grupo de entre 0 y 14 años, el que tiende a situarse más en las zonas rurales.

Gráfico 3



Fuente: INE; MIDEPLAN (2005). Estadísticas Sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

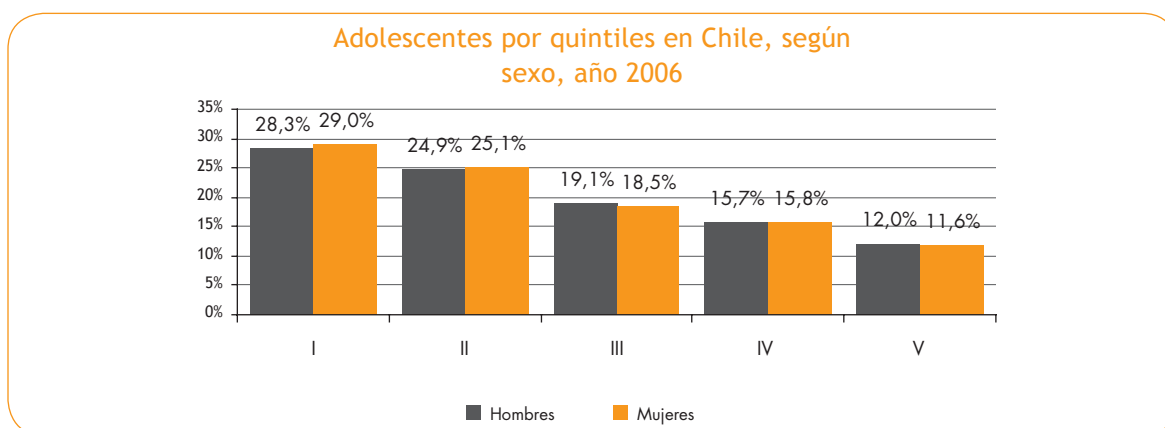
> c) Distribución de los ingresos

Considerando los ingresos per cápita, la distribución poblacional de los/as adolescentes en Chile es desigual, caracterizándose por la presencia de altos niveles de pobreza. Según la encuesta CASEN 2006, mientras el 28,3% de los adolescentes entre 10 a 19 años de edad se sitúa en el primer quintil de ingresos, el 12% se ubica en el quintil de mayores ingresos, situación que se repite en el caso de las adolescentes, donde el 29% se encuentra en el primer quintil mientras el 11,6% está en el último, observándose una reducción gradual de la población

adolescente a medida que aumentan los quintiles (Gráfico 4). En este sentido, más de la mitad de los/as adolescentes se encuentran en los dos quintiles más pobres de la población (alrededor de un 53,7%), lo que da cuenta de la desigual distribución de los ingresos con que viven los y las jóvenes en Chile y su situación desmejorada respecto de la población total. El porcentaje de la población total perteneciente a los dos quintiles más pobres es de un 44,6%, casi 10 puntos menos que la población adolescente⁴.

⁴ MIDEPLAN (2006). Encuesta CASEN 2006. Santiago, Chile.

Gráfico 4



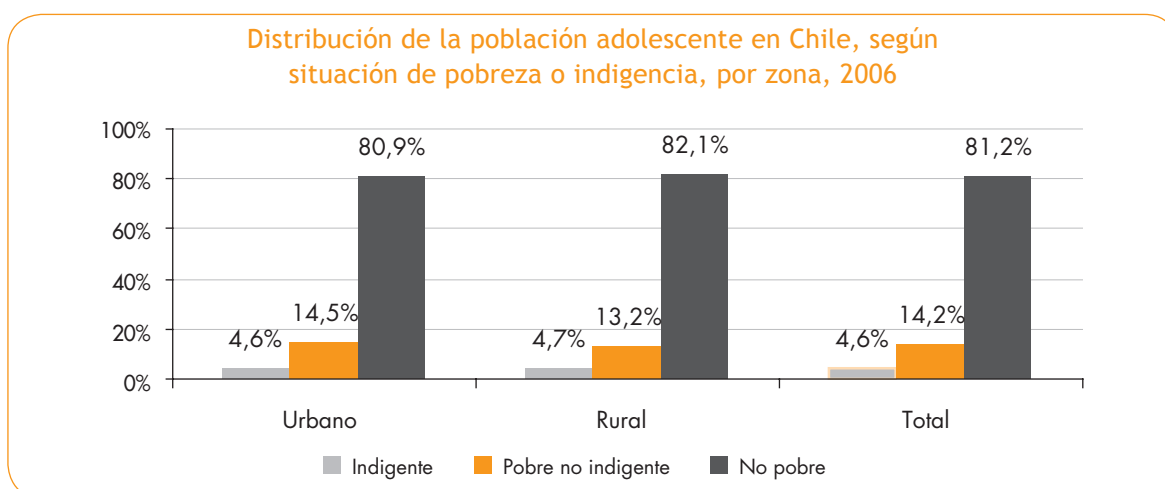
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta CASEN, 2006

Asimismo, existe un 4,6% de la población adolescente que se encuentra en situación de indigencia, y un 14,2% considerado como pobre no indigente (Gráfico 5)⁵.

La población adolescente se concentra en las zonas urbanas (87%) y solo un 13% vive en lugares rurales. Entre

los/as adolescentes urbanos, un 4,6% se encuentra en situación de indigencia y un 14,5% está en situación de pobreza no indigente. La situación no cambia mucho respecto a las zonas rurales, ya que el 4,7% de los/as jóvenes de estas zonas geográficas se encuentra en indigencia y un 13,2% es pobre no indigente.

Gráfico 5



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta CASEN, 2006

⁵ Según el MIDEPLAN (www.mideplan.cl/casen), se define como indigentes a las personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es inferior al costo de la canasta alimentaria mensual per cápita. El valor de la línea de indigencia a noviembre de 2003 fue de \$ 21.856 (33 US\$, aproximadamente) en zonas urbanas, y \$ 16.842 (25 US\$, aproximadamente) en zonas rurales. Por su parte, se definen como hogares pobres no indigentes aquellos que están en condiciones de satisfacer sus necesidades alimentarias, pero no el conjunto de necesidades básicas. En zonas urbanas, a noviembre de 2003, el valor de la línea de pobreza en zonas urbanas fue de \$ 43.712 (70US\$, aproximadamente), y en zonas rurales de \$29.473 (47 US\$, aproximadamente) [los US\$ fueron utilizados calculando el promedio de la cotización de esta divisa para el mes de noviembre del 2003, equivalente a 625,47 pesos chilenos].

Esta desigual distribución de los ingresos replica patrones de exclusión al interior de la población adolescente, generando desigualdades de oportunidades en este grupo poblacional, respecto

al acceso a diversos servicios como por ejemplo la salud, la educación y el mercado laboral, así como también respecto a la garantía de sus derechos en estos ámbitos de la vida social.

> d) Acceso a la educación

En lo que respecta al acceso a la educación, en el año 2003 se promulgó en Chile la Reforma Constitucional que establece la enseñanza media obligatoria y gratuita, lo que implica que los/as adolescentes y jóvenes cursarán al menos 12 años de educación escolar.

Según la encuesta CASEN de 2006, el 86,8% de los/as adolescentes entre 10 y 19 años asiste a un establecimiento educacional en el país. De aquellos/as que no asisten, el 17% señala que no lo hace porque trabaja o está buscando trabajo; el 9,7% dice que no le interesa; el 9,5% no lo hace por dificultades económicas; y el 8,7% señala que no asiste debido a que es padre o madre⁶. En concordancia con estos porcentajes de escolaridad, el 99% de los/as adolescentes está alfabetizado.

Según MIDEPLAN (2005)⁷, la no asistencia al establecimiento educacional es similar para hombres y mujeres, con una mayor incidencia en la zona rural, incluyendo especialmente a los/as adolescentes de 18 a 19 años en situación de pobreza.

La V Encuesta Nacional de Juventud⁸ muestra que entre los/as adolescentes de 15 y 19 años de edad que abandonaron sus estudios, el 68,8% manifiesta que tiene planes de retomarlos dentro de los próximos dos años.

Por otro lado, el 42,8% de los/as adolescentes y jóvenes señala que realizó su educación básica en un establecimiento educacional municipal, el 35,4% en uno subvencionado y el 10,9% en uno particular pagado⁹.

Estos datos son significativos si se considera la relación entre tipo de establecimiento educacional y los puntajes en la Prueba de Selección Universitaria (PSU). Así, en 2007, el 91% de los estudiantes graduados de colegios particulares pagados obtuvo puntajes mayores a 475 (puntaje necesario para acceder a un Crédito con Garantía Estatal para financiar estudios de educación superior, según la Ley 20.027), mientras que para el caso de los establecimientos particulares subvencionados y municipalizados, solo el 61% y el 48%, respectivamente, lograron puntajes similares¹⁰.

⁶ MIDEPLAN (2006). Encuesta CASEN 2006, Santiago, Chile.

⁷ MIDEPLAN (2005). Adolescentes y jóvenes que abandonan sus estudios antes de finalizar la enseñanza media: Principales Tendencias. Santiago, Chile.

⁸ INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD-ROM]. Santiago, Chile.

⁹ *Idem*.

¹⁰ Diario *El Mercurio*, domingo 23 de diciembre. A-29.

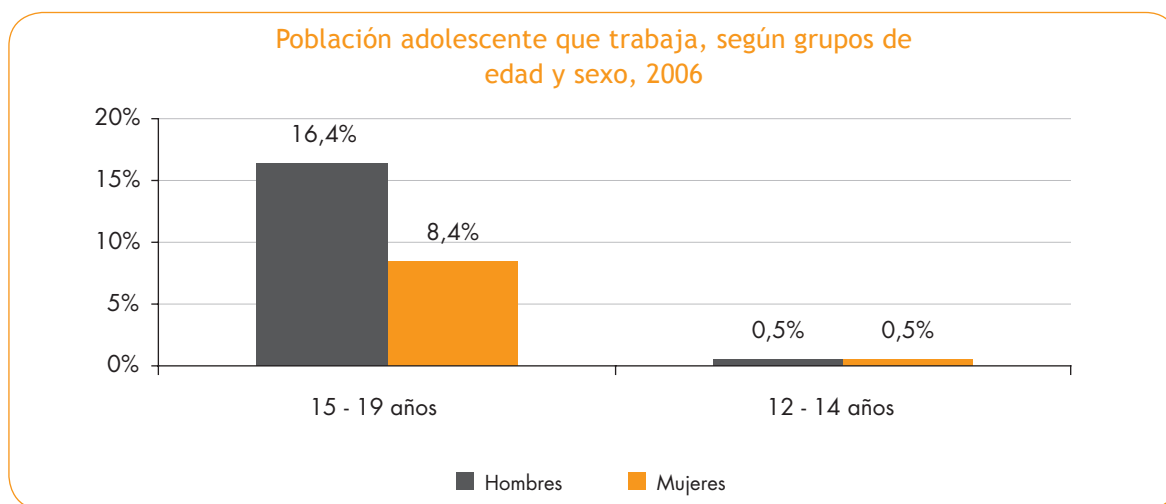
> e) Trabajo

De acuerdo a datos de la Encuesta CASEN del año 2006, solamente un 0,5% de los/as adolescentes entre 12 y 14 años de edad trabajan. Entre los/as adolescentes de 15 a 19 años la inserción laboral de los hombres dobla a la de las mujeres: un 16,4% de los hombres trabaja, frente a un 8,4% de las mujeres (Gráfico 6).

Según la V Encuesta Nacional de Juventud el 40,5% de los/as adolescentes de 15 a 19 años de edad declaran haber solicitado trabajos de jornada completa durante los períodos de búsqueda laboral¹¹, mientras que el 29,3% dice haber buscado labores *part-time* o por horas, y el 26% trabajos de media jornada¹².

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Actividades de Niños y Adolescentes en Chile¹³ señala que en las zonas rurales el porcentaje de adolescentes ocupados (8,3%) es mayor que en las urbanas (5,0%). Esto se explica porque en las zonas rurales existe el trabajo de temporada agrícola, donde participan todos los miembros de la familia, incluidos los menores de 18 años. También es posible que influyan factores culturales, como una mayor valoración de parte de los padres y las madres del trabajo infanto-adolescente, orientado a que sus hijos/as obtengan un oficio desde una temprana edad.

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta CASEN, 2006.

¹¹ Los períodos de búsqueda laboral se refieren a aquellos en los que los/as jóvenes buscaban algún tipo de trabajo en el mercado laboral, terminando aquel período ya sea en el momento que se encuentra dicho trabajo o bien cuando se abandona la búsqueda por otros motivos.

¹² INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD ROM]. Santiago, Chile.

¹³ Ministerio del Trabajo y de Previsión Social; Organización Internacional del Trabajo OIT (2003). Encuesta Nacional sobre Actividades de Niños y Adolescentes en Chile. Chile. Recuperado de <http://www.trabajoinfantil.cl/resultados.html> Accesado en octubre de 2008.

Esta misma encuesta declara que el trabajo de los/as adolescentes de 15 y 17 años de edad se concentra en las ramas del comercio (40,1%), la agricultura, caza, silvicultura y pesca (24,2%) y, en tercer lugar, los servicios personales, comunales y sociales (15,8%). Todas estas ramas tienden a presentar bajos niveles de productividad y de tecnología, por lo que también implican bajas remuneraciones.

En el marco de la ratificación por parte de Chile en el año 2000 del Convenio N° 182 de la OIT referido a la erradicación de las Peores Formas de Trabajo Infantil (PFTI), la encuesta indagó en la magnitud del trabajo inaceptable en Chile. El concepto de trabajo inaceptable tiene como objetivo identificar los grupos

de niños y adolescentes de mayor riesgo en nuestro país y que se considerarán como sujetos de las políticas de erradicación más urgentes.

Estos corresponden a aquellos que en su participación en actividades laborales, pueden resultar vulnerados en sus derechos esenciales, como son: de educación, descanso, recreación, e integridad física”¹⁴.

Así, se señala que en Chile existe un total de 107.676 niños/as y adolescentes, de entre 5 y 17 años de edad, que realizan trabajos inaceptables, entre los cuales más del doble corresponden a hombres. Asimismo, el 63,3% de los trabajos inaceptables son realizados por niños/as de entre 5 y 14 años de edad

> f) Violencia

La violencia en Chile es un fenómeno que se ha visibilizado en los últimos años, especialmente contra las mujeres. En el caso de los/as adolescentes, los datos que dan cuenta de este fenómeno aparecen en la encuesta del año 2007 del Instituto Nacional de la Juventud, en la cual se consultó a los/as adolescentes y jóvenes acerca de experiencias de violencia física o psicológica al interior de su relación de pareja. Para el rango de 15 a 19 años los resultados señalan una mayor prevalencia de violencia psicológica, tal como se observa en el Gráfico 7. En ambos tipos de violencia las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años declaran más prevalencia que los hombres.

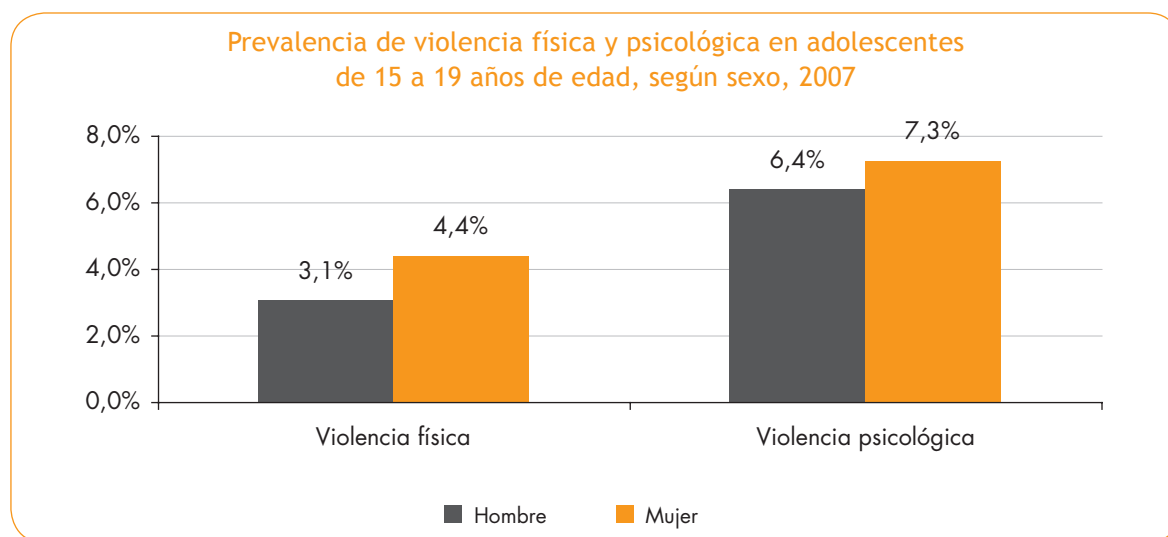
Otro dato de esta encuesta es que la prevalencia de violencia al interior de la pareja va aumentando a medida que crece la edad de los/as involucrados/as. Así, mientras que entre los/as adolescentes entre 15 y 19 años de edad la prevalencia de violencia física y psicológica alcanza un 3,6%; esta llega a un 7,2% en los/as jóvenes de 20 a 24 años, y a un 11% entre los/as de 25 a 29.

Según un estudio realizado por el SERNAM en el año 2004¹⁵ en el discurso de los/as jóvenes se constata que mientras mayor es el grado de compromiso con la relación de pareja, mayores son los niveles de violencia al interior de esta. Al parecer, mayores grados de involucramiento,

¹⁴ www.trabajoinfantil.cl

¹⁵ SERNAM (2004). Estudio de violencia en jóvenes. Santiago.

Gráfico 7



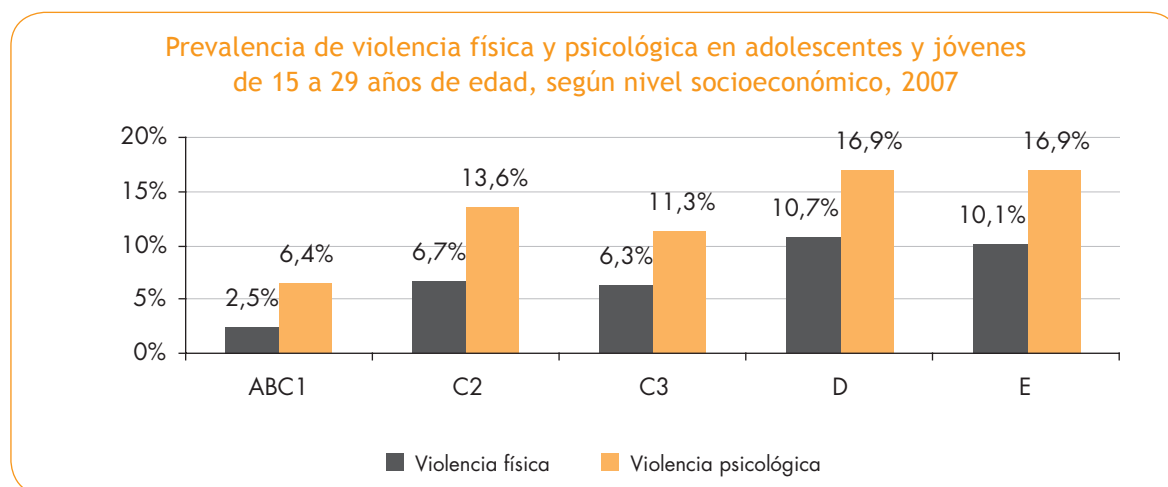
Fuente: INJUV (2007). Encuesta nacional de Juventud. Santiago, Chile.

vínculo y confianza aumentan la percepción de mayores atribuciones sobre la otra persona.

Al mismo tiempo, en este estudio se da cuenta de que los/as jóvenes distinguen diversos factores asociados a los problemas en la pareja. Por unanimidad, los celos aparecen como el factor más

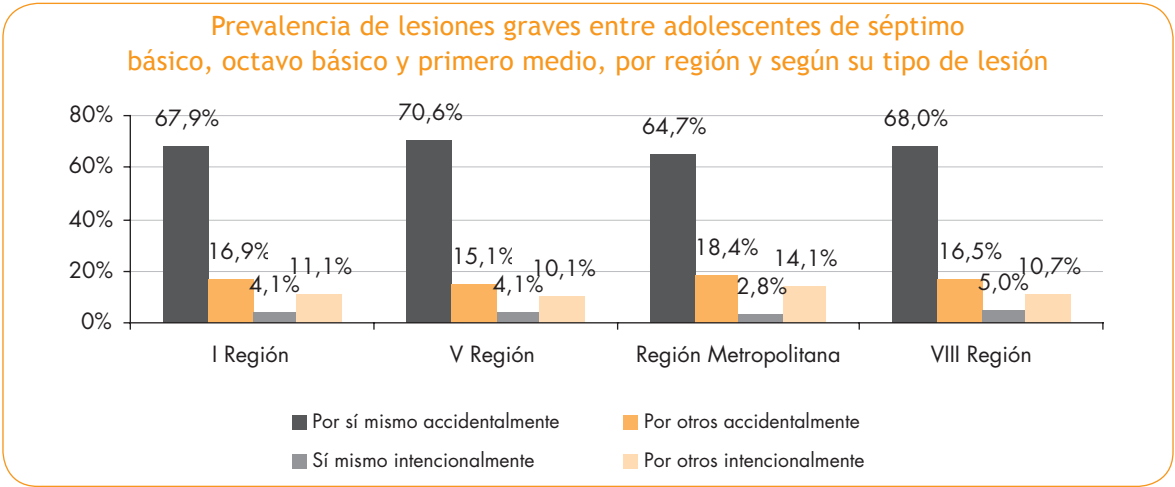
mencionado que puede generar violencia. Adicionalmente, se mencionan otros factores que pueden favorecer la emergencia de conductas violentas, siendo el más importante la experiencia vivida en la familia de origen, al reconocer la existencia de una relación entre haber sido testigos de violencia en su casa y posteriormente ser violentos con la pareja.

Gráfico 8



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago Chile.

Gráfico 9



Fuente: MINSAL, MINEDUC, OPS, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2004). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile 2004.

Por otra parte, la violencia es un fenómeno que presenta diferencias importantes por estrato socioeconómico. Siempre de acuerdo a datos del INJUV, entre los/as adolescentes y jóvenes del estrato ABC1 se da la prevalencia más baja de violencia, mientras que entre los

estratos D y E la prevalencia de violencia física es cuatro veces mayor que la de los/as adolescentes más ricos (10% y 2,5%, respectivamente). Para el caso de la violencia psicológica, la prevalencia en el grupo más pobre es dos veces y media más alto que en el grupo más

Tabla 2. Prevalencia de ataques físicos entre adolescentes de séptimo básico a primero medio en Región Metropolitana, según frecuencia de agresiones en los últimos 12 meses y sexo, 2004.

	Séptimo básico		Octavo básico		Primero medio	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
0 veces	69,4%	40,4%	71,2%	40,7%	79,3%	56,3%
1 vez	14,7%	22,7%	16,7%	24,8%	10,1%	14,8%
2 ó 3 veces	9,0%	21,7%	7,2%	21,8%	6,1%	15,1%
4 ó 5 veces	3,0%	4,7%	2,2%	5,3%	2,5%	5,0%
6 ó 7 veces	0,8%	3,7%	0,5%	1,9%	0,4%	1,6%
8 ó 9 veces	0,3%	1,5%	0,3%	0,0%	0,3%	2,2%
10 ó 11 veces	0,0%	0,9%	0,5%	1,2%	0,0%	1,0%
12 ó más veces	2,8%	4,4%	1,3%	4,3%	1,4%	4,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: MINSAL, MINEDUC, OPS, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2004). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile 2004.

rico. Esto es expresión de las inequidades de distinto tipo (educación, expectativas laborales, oportunidades de recreación, entre otras) a la que están expuestos/as los/as adolescentes de los estratos socioeconómicos más pobres en general y las mujeres de estos estratos en particular (Gráfico 8).

Asimismo, la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en Chile en 2004, constató que más del 10% de los/as adolescentes declaran haber sufrido lesiones provocadas intencionalmente por otros/as compañeros/as, mientras que el porcentaje de lesiones autoinfligidas de manera intencional varía de un 2,8% en la Región Metropolitana a un 5% en la del Biobío (Gráfico 9).

Del mismo modo, más hombres que mujeres declaran sufrir ataques físicos de otros/as compañeros/as para cada uno de los cursos (7º básico, 8º básico y 1º medio) abarcados en la encuesta (Tabla 2).

Entre las principales causas de muerte por lesiones no intencionales de los/as adolescentes entre 10 y 19 años de edad se encuentran los accidentes de tránsito (44,5% en mujeres y 24,2% en hombres), mientras que las causas por lesiones intencionales se presentan en primer lugar las autoinfligidas (25,5% en mujeres y 29,3% en hombres), lo que da cuenta de que la mayor causa de muerte entre los/as adolescentes por daños intencionales la constituyen los suicidios.

Respecto de las agresiones sexuales, el Gráfico 10 muestra que las mujeres son víctimas de agresiones sexuales en mayor proporción que los hombres en los dos grupos etarios (10-14 y 15-19 años). En relación con la naturaleza de la agresión sexual, se observa que el abuso sexual es mayor entre los/as menores de 15 años y el delito de violación es más frecuente en el rango de 15 a 19 años.

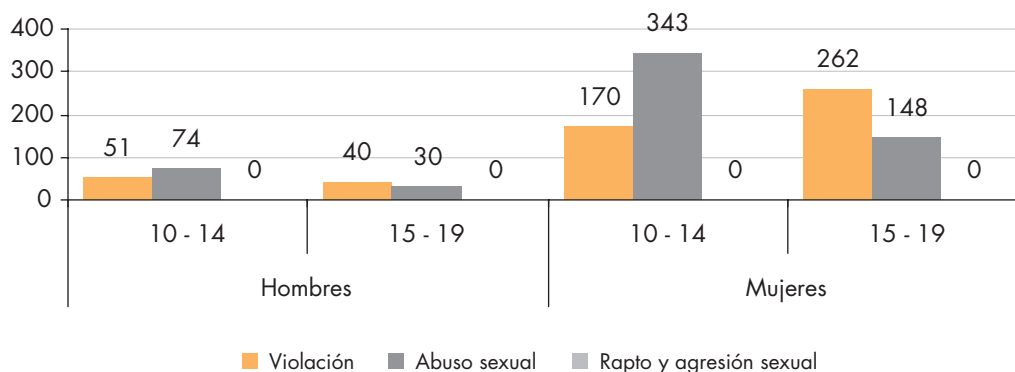
Tabla 3: Principales causas de muerte en población adolescente de 10 a 19 años de edad, según tipo, causa y sexo, 2004

		Hombres	Mujeres
Lesiones no intencionales	Accidentes de tránsito	24,2%	44,5%
	Envenenamientos	0,7%	5,8%
	Caídas	2,3%	0,0%
	Por fuego	1,1%	5,1%
	Ahogamientos	16,0%	8,0%
	Otras no intencionales	9,3%	5,1%
	Total no intencionales	53,5%	68,6%
Lesiones intencionales	Lesiones autoinfligidas	29,3%	25,5%
	Violencia (agresiones)	17,2%	5,8%
	Negligencia o abandono (violencia intrafamiliar)	0,0%	0,0%
	Otras intencionales	0,0%	0,0%
	Total intencionales	46,5%	31,4%

Fuente: MINSAL (2007). Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

Gráfico 10

Cantidad de pericias clínicas de sexología forense, según naturaleza de la agresión sexual registrada, por grupos de edad y sexo, 2005



Fuente: Servicio Médico Legal (2005). Anuario Estadístico 2005.

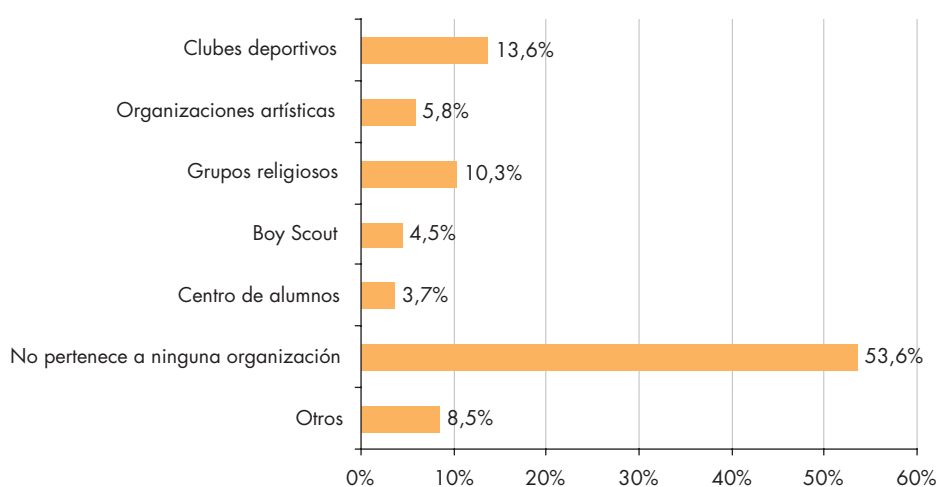
> g) Asociatividad y participación

La asociatividad y participación de los/as adolescentes en el país presenta grados muy bajos. Como muestra el Gráfico 11, un 53,6% declara no pertenecer a ninguna organización, mientras que los

grupos que cuentan con un mayor porcentaje de participación son los clubes deportivos (13,6%), seguidos por los religiosos (10,3%).

Gráfico 11

Pertenencia a algún grupo u organización en estudiantes de séptimo básico, octavo básico y primero medio, según tipo de organización, 2004



Fuente: MINSAL, MINEDUC, OPS, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2004). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile 2004.

Los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar muestran también bajos grados de participación de los/as adolescentes en actividades grupales de autocuidado, prevención y relaciones interpersonales.(Gráfico 12).

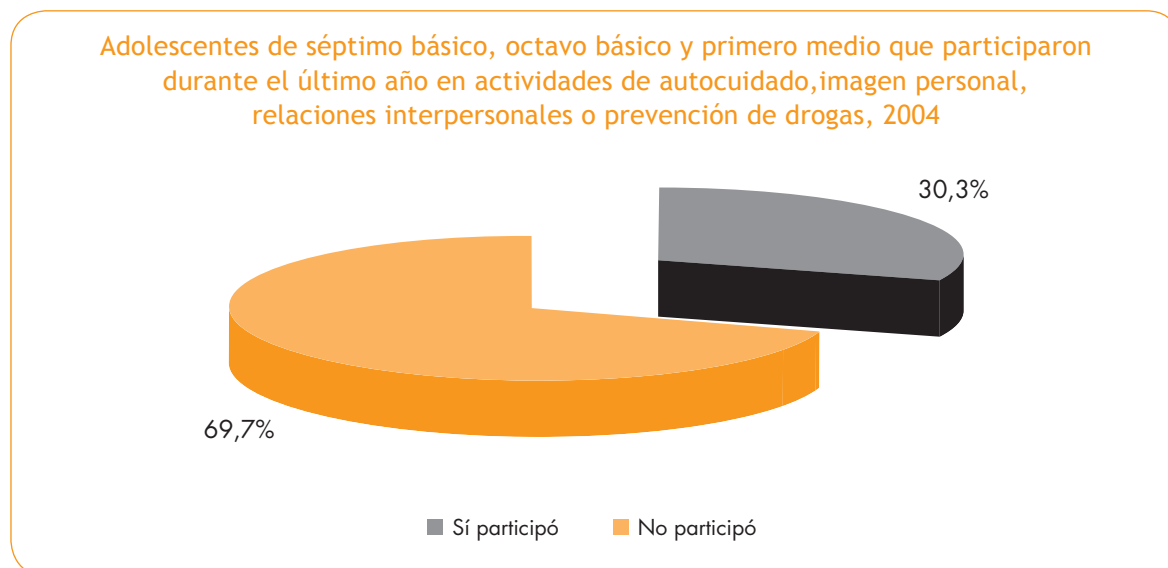
No obstante, de los datos entregados en el Gráfico 12, cabe señalar que en estas mediciones no se ha incluido otro tipo de formas de participación social que tienen los/as adolescentes. Una investigación de tipo cualitativa desarrollada por el Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile por encargo del MINSAL y UNFPA¹⁶ señala que los/as adolescentes y jóvenes entrevistados participan en diferentes instancias.

En dicha investigación el 50% de los/as adolescentes y jóvenes participan en algún tipo de organización. De estos, los mayores porcentajes se concentran en la adolescencia inicial, fundamentalmente en el grupo de los hombres; mientras que en la adolescencia media, sin pertenencia étnica y participe en el sistema escolar, estos niveles comienzan a bajar.

Los grupos con pertenencia étnica presentan altos niveles de participación en organizaciones principalmente durante la juventud, existiendo paridad de género.

Así, la participación de los/as jóvenes de la muestra presenta un decrecimiento desde la adolescencia inicial has-

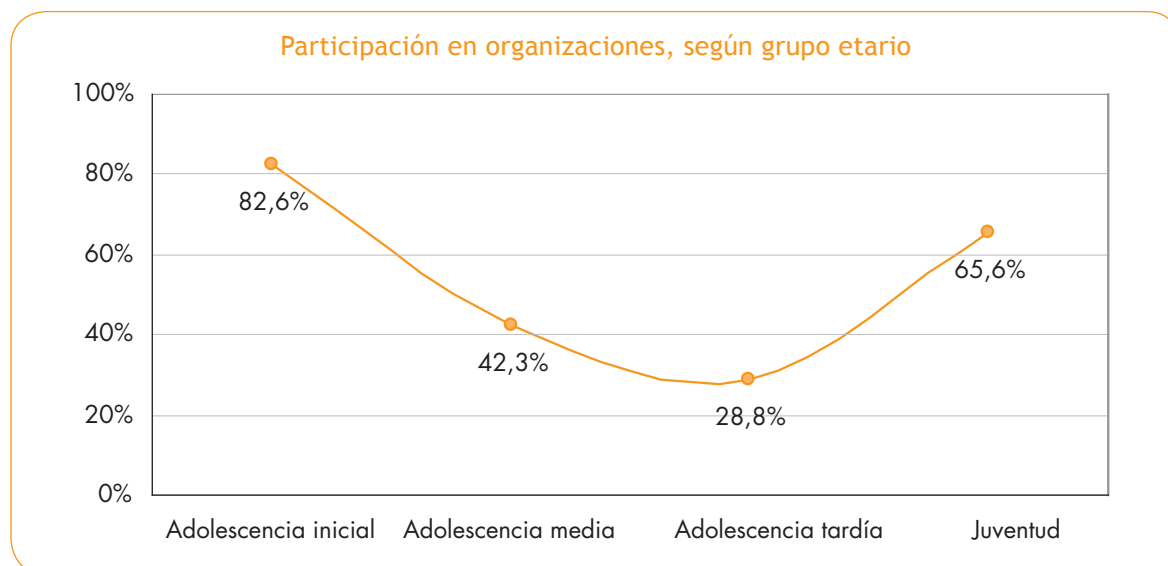
Gráfico 12.



Fuente: MINSAL, MINEDUC, OPS, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2004). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile 2004.

¹⁶ Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A; Pérez, S.; Morán, J. (2007). Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para UNFPA-Ministerio de Salud, Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.

Gráfico 13



Fuente: Dides, C. *et al.* (2007). Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para MINSAL-UNFPA.

ta la tardía, presentándose un repunte durante la juventud, influido por la existencia de jóvenes con pertenencia étnica dentro de este último grupo, lo que sin duda incide en el alza de participación.

Las organizaciones en donde los/as jóvenes participan son mayoritariamente deportivas (21,1%), seguidas por las organizaciones de beneficencia o sociales (15,6%) y por las relacionadas con una iglesia (10,1%). La menor participación es en los centros de alumnos (Gráfico 14).

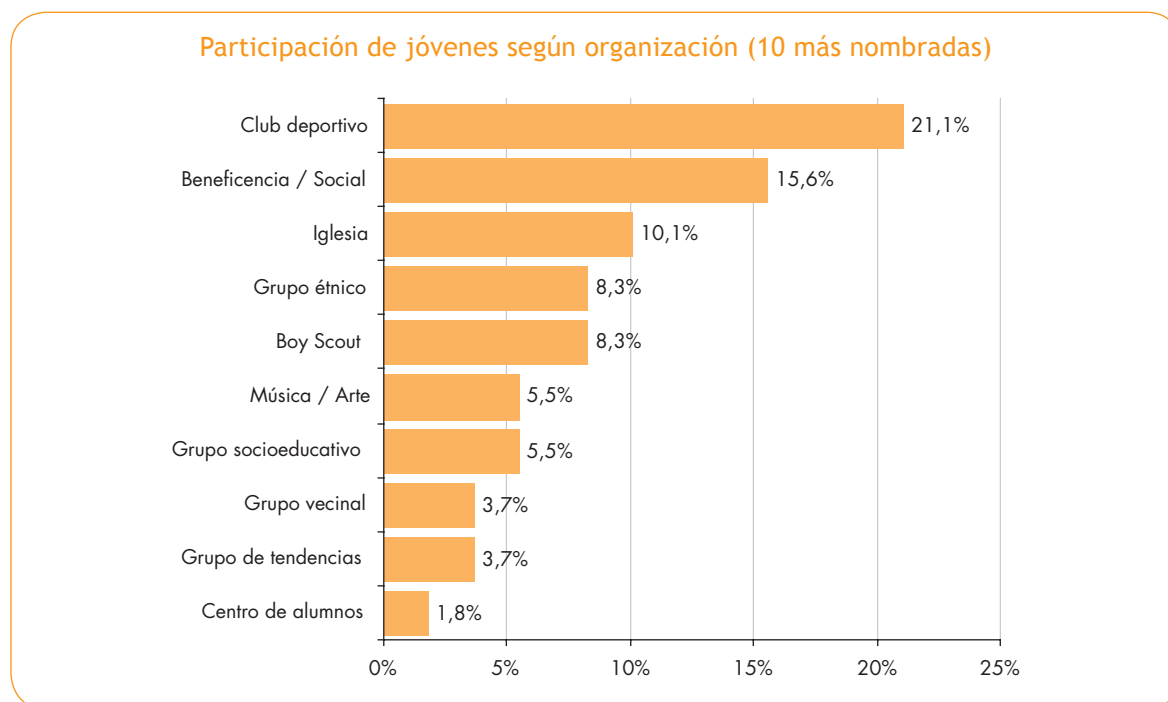
Desde comienzos de los años 90 los/as jóvenes han disminuido sus niveles de participación cívica, a la vez que se

ha incrementado su desafección respecto del sistema político¹⁷.

Respecto a la participación en partidos políticos, un 79,9% de los/as adolescentes entre 15 y 19 años de edad declara no tener interés por participar, mientras que solo un 2,8% participa o ha participado en un partido (Gráfico 15).

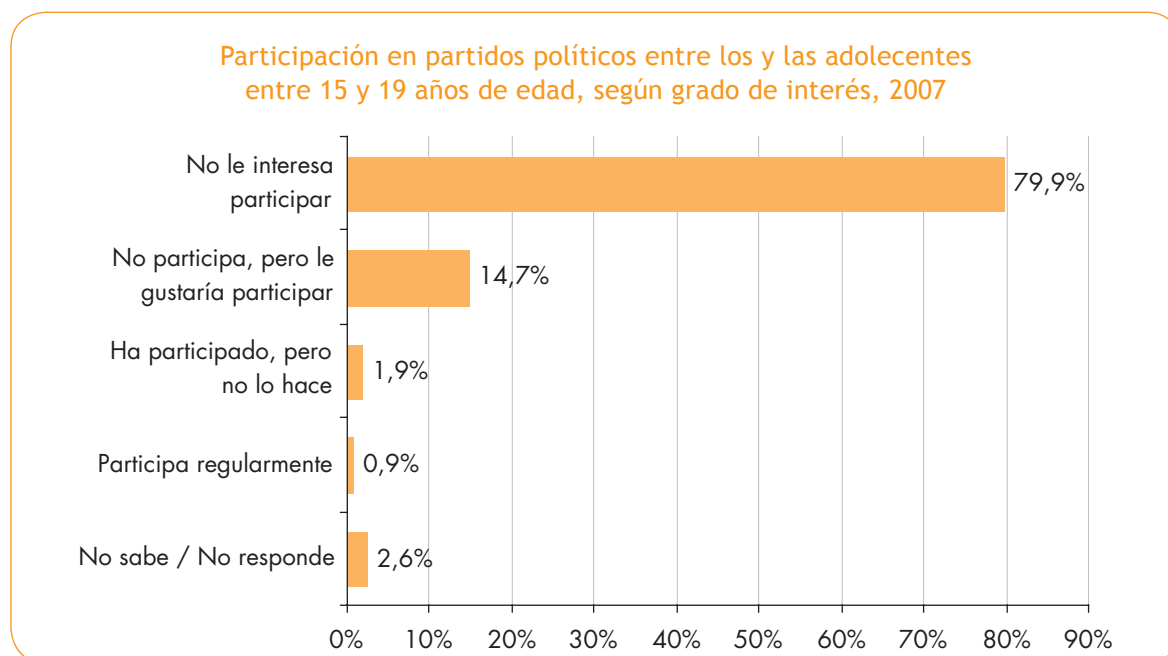
¹⁷ INJUV, (2002). La eventualidad de la inclusión. Jóvenes chilenos a comienzos del nuevo siglo. Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Santiago.

Gráfico 14



Fuente: Dides, C. *et al.* (2007). Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para MINSAL-UNFPA.

Gráfico 15



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile.

Donde se observan grados más altos de participación es en movimientos que tienen como objetivo solucionar problemas coyunturales: un 15% declara que ha participado o que actualmente

participa en este tipo de movimientos y un 30,3% dice que le interesaría participar. Aun así, más de la mitad de los/as adolescentes no está interesado en participar (Gráfico 16).

Gráfico 16



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile.

Todos los antecedentes anteriormente expuestos dan cuenta de las variadas situaciones y condiciones que viven los/as adolescentes en Chile, lo que hace de ellos/as un grupo complejo y hetero-

géneo, por lo que cualquier análisis acerca de la problemática del embarazo en la adolescencia debe considerar la multiplicidad de dimensiones que esta supone.

2. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO UN PROBLEMA SOCIAL

El embarazo en la adolescencia es considerado una problemática social vinculada a la ausencia de derechos sexuales y reproductivos ante situaciones de riesgo de las menores de edad. Esto, debido a que entre otros factores una alta proporción de embarazos en la adolescencia no son deseados y son originados, muchas veces, por abusos sexuales¹⁸. En este contexto, es una temática ampliamente abordada en investigaciones y estudios.

Una sistematización realizada por el Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile sobre las investigaciones desarrolladas en el país entre 1990 y 2007¹⁹ muestra que los estudios de la década del 90 se enmarcan en una etapa marcada fuertemente por el retorno a la democracia y la necesidad de las nuevas autoridades de contar con diagnósticos que permitieran trazar líneas de acción. Tienen un fuerte componente descriptivo sobre las características de las adolescentes embarazadas: principalmente sociodemográficas, sociales y culturales. De este modo, se establece en este primer período que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno que impacta a un grupo determinado de la población. Además, se desarrolla fuertemente una línea que se centra en la investigación de los comportamientos sexuales de los/as

adolescentes. Estos estudios se caracterizan por ser, por un lado, de revisión de antecedentes demográficos y, por otro, de las culturas sexuales. Estas descripciones fueron fundamentales en la etapa de construcción de nuevas políticas, programas y acciones gubernamentales. Sin embargo, es posible advertir una debilidad en la sustentación teórica de las investigaciones en esta primera etapa²⁰.

Una segunda etapa se da a partir del año 2000, donde se realizan sistematizaciones de los estudios realizados a la fecha, poniéndose en discusión el rol de distintas instituciones públicas y privadas y su gestión en el ámbito del embarazo en la adolescencia²¹.

Una tercera etapa desde el 2000 hasta hoy está marcada por la búsqueda de líneas de trabajo que den respuesta a un problema que, a pesar de los esfuerzos desplegados, está muy lejos de resolverse. Existe un interés por profundizar en los conceptos de adolescencia y sexualidad, incorporándose otros de centralidad creciente como el enfoque de derechos y la importancia de este en la concepción del lugar y el rol del/la adolescente y joven en las políticas que les atañen.

¹⁸ Comité Editor (2007). "Maternidad adolescente: un tema preñado de consecuencias". En: Desafíos (CEPAL, UNICEF), N° 4, enero de 2007, p. 2.

¹⁹ Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A. Morán, J.M. (2007). Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA realizadas desde 1990 al 2007. Estudios sobre Embarazo Adolescente, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para UNFPA, con apoyo técnico de OPS-Chile, Santiago, diciembre.

²⁰ Ídem

²¹ Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A. Morán, J.M. (2007). De los 37 estudios encontrados entre 1990 y 2007, la mayoría corresponden a estudios con enfoque en las ciencias sociales, mientras que el resto da cuenta de investigaciones de corte biomédico. Se encontraron 13 estudios científicos/biomédicos y 24 investigaciones desde una perspectiva de las ciencias sociales. Las instituciones académicas presentan el mayor número de investigaciones (20) seguido de estudios gubernamentales en colaboración con organismos internacionales (6). Las ONG, por su parte, han realizado 5 estudios durante este período. A nivel gubernamental, a la fecha se han realizado 3 estudios que dan cuenta de la temática del Embarazo Adolescente y se registran 3 estudios desarrollados por organismos internacionales.

Tabla 4: Estudios realizados en Chile sobre embarazo adolescente, 1990 - 2007.

Año	Autor/es/as	Nombre	Editorial/Revista
1991	Solís, F.	Impacto demográfico de las adolescentes embarazadas.	Diagnóstico 1991. Embarazo Adolescente. SERNAM-UNICEF.
1991	Molina, R.	Fecundidad del adolescente. Análisis de algunas variables intermedias.	Diagnóstico 1991. Embarazo Adolescente. SERNAM-UNICEF.
1991	Castro, R.	Adolescente embarazada. Aspectos orgánicos.	Diagnóstico 1991. Embarazo Adolescente. SERNAM-UNICEF.
1991	González, E.	Adolescente embarazada. Aspectos sociales.	Diagnóstico 1991. Embarazo Adolescente. SERNAM-UNICEF.
1991	Toledo, V.; Molina, R.; Caris, L.; Luengo, X.; González, E.	Adolescente embarazada. Aspectos psico-psiquiátricos.	Diagnóstico 1991. Embarazo Adolescente. SERNAM-UNICEF.
1991	Pérez, L. M.	Adolescente embarazada del sector rural.	Diagnóstico 1991. Embarazo Adolescente. SERNAM-UNICEF.
1991	Hamel, P.; Milicic, N.; Gazmuri, V.	Embarazo en Adolescentes: un análisis desde la Perspectiva del Género.	Revista EPAS (Educación para el Autocuidado de la Salud), Vol. 8, N° 2, Junio 1991.
1991	Hammel, P.	El Dilema de la Sexualidad en los Jóvenes.	Ed. PAESMI, Santiago, 1991.
1991	Hammel, P.	El Embarazo Adolescente: un problema social.	Publicación Seminario Embarazo en Adolescentes, organizado por SERNAM-UNICEF. 1991.
1991	Luengo, X.	Definición y características de la adolescencia.	Diagnóstico 1991. Embarazo en adolescentes SERNAM-UNICEF.
1992	Ambrosio, V. <i>et al.</i>	Compromisos antes de tiempo. Adolescentes, sexualidad y embarazo.	Corporación de Salud y Políticas Sociales, CORSAPS.
1992	Iriarte, C.	Legislación y adolescente embarazada.	Corporación de Salud y Políticas Sociales-CORSAPS Documento N° 6, 1992.
1992	Chadwick, M.; Hamel, P.; Vergara, B.M.	Proyecto Nacional Embarazo en Adolescentes	Documento de Trabajo N° 14, SERNAM-UNICEF, Marzo 1992.
1992	Hamel, P.	Conceptualizaciones de la Menstruación en adolescentes embarazadas de sectores populares y rurales.	Revista Proposiciones N° 21 "Género, Mujer y Sociedad". Ed. SUR, Santiago, 1992.
1993	Valenzuela, J. P.	La maternidad adolescente en Chile. La inamovilidad social de las familias.	Documento de Trabajo N° 206, Centro de Estudios Públicos, CEP.
1993	Hammel, P.	Crónica de un Embarazo Anunciado	Rev. de Terapias y Familias, Instituto Chileno de Terapia Familiar, Año 1, N° 1, 1993.
1994	Marshall, M. T.; Pérez, L. M.	Propuestas para políticas públicas. Sexualidad, embarazo y maternidad adolescente.	Corporación de Salud y Políticas Sociales-CORSAPS.
1994	Pérez, L. M.	Embarazo en adolescentes rurales. Provincia de Curicó.	Documento de Trabajo N° 11. Corporación de Salud y Políticas Sociales-CORSAPS.
1994	Hamel, P.	Familia y Embarazo en Adolescentes.	Manual "Estrategias para la Atención Psicosocial de las Jóvenes Embarazadas" Eds. CORSAPS-SERNAM, Febrero, 1994.
1994	Hammel, P.	Crónica de un Embarazo Anunciado (Versión corregida).	SERNAM, Documento de Trabajo N°26, 1994.
1995	Hamel, P.	Perspectiva Psicosocial de la Salud Reproductiva en Reflexiones de Mujeres que trabajan en Salud Reproductiva.	Editores ICIMER-USACH, 1995.
1995	Hammel, P.	Embarazo en Adolescentes, Cap. XXVI, en Psiquiatría del Niño y del Adolescente.	Eds. Montenegro y Guajardo, ed. Salvador, 1995.

Año	Autor/es/as	Nombre	Editorial/Revista
1995	Hammel, P.	Familia y Embarazo en Adolescentes.	"Estrategias para la Atención Psicosocial de las Jóvenes Embarazadas en la Atención Primaria" CORSAPS-SERNAM, 1995.
1996	Valdés, T.; Olavarria, J.; Pérez de Arce, M.	Antecedentes para el análisis de la situación de la adolescente embarazada en el sistema escolar.	MINEDUC, INJUV, MIDEPLAN, FLACSO-Chile.
1996	Alarcón, G.; Cosoi, V.; Chaigneau, M. A.; Espinoza, M. I.; Hamel, P.; Ibarra, N.; Luco, A.	¿Cómo podemos prevenir el embarazo no deseado?, Modelo Educativo.	Ed. APROFA Editorial Universitaria, 1996.
1997	Valdés, T.; Weinstein, M.; Lecourt, Y.	Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Informe Nacional.	FLACSO-Chile.
1997	Marshall, M. T.	Apoyo a la gestión de políticas sociales. Evaluación y propuestas, embarazo adolescente.	Documento de Trabajo N° 55, SERNAM.
1998	Buvinic, M.	Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México.	Studies in Family Planning, Volumen 29, Número 2 (Junio 1998): pp. 201-209. Population Council.
2000	Hamel, P.	Embarazo en Adolescentes y Salud Mental. Cap. XXXIV.	Libro "Psiquiatría del Niño y el Adolescente" Editores: Montenegro y Guajardo. Ed. Salvador, 2° edición, 2000.
	Cosoi, V.; Espinoza, M. I.; Hamel, P.; Ibarra, N.; Luco, A.; Rovinovic, J.	¿Cómo podemos prevenir el embarazo no deseado? CD ROM Interactivo.	
2000	Ibarra, N.; Hamel, P.; Luco, A.; Osses, G.	Comprendiendo la Influencia del Género y los Roles de Género en la Salud Sexual y Reproductiva: un Proyecto dirigido a adolescentes varones. CD ROM Interactivo.	Edit. APROFA, 2000.
2001	Palma, I.	Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile.	SERNAM-OPS.
2001	Área de Políticas Sociales del Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile	Diagnóstico y lineamientos de política pública para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes.	MINSAL, MINEDUC, SERNAM.
2001	Hammel, P.	Aspectos Psicológicos y Socioculturales de la conducta sexual femenina.	Cap. 31 en "Medicina de la Mujer", Sociedad Médica de Santiago. Eds. José Adolfo Rodríguez y Gloria López. Editorial Mediterráneo, 2001.
2001	Hammel, P.	Comentario del artículo "Embarazo Adolescente" de Dr. Pedro Herscovici	Rev. de Familias y Terapias, Año 9, N°14 y 15, Julio-Noviembre, 2001.
2002	Díaz, A.; Sanhueza, P.; Yaksic, N.	Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo de Resultados Obstétricos y Perinatales con Pacientes Embarazadas Adultas.	Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2002, vol. 67, N° 6.
2002	Molina, R.	Adolescencia y embarazo: Un problema emergente en salud pública.	Molina, R.; Sandoval, J. y González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Chile.
2003	Valdivia, M; Molina, M.	Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años.	Revista Chilena de Psicología, Vol. XII, N° 12.

Año	Autor/es/as	Nombre	Editorial/Revista
2003	Molina, R.; Caba, F.	Sexualidad y fecundidad adolescente.	Molina, R.; Sandoval, J. y González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Chile.
2003	Gerstenfeld, P.	Análisis de algunas variables asociadas al problema de la maternidad adolescente en América Latina.	Molina, R.; Sandoval, J. y González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Chile.
2003	Toledo, V.; Trujillo, S.	Salud mental y embarazo adolescente	Molina, R.; Sandoval, J. y González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Chile.
2003	González, E.; Meneses, R.; Bolívar, N.	Embarazo en adolescentes y continuidad escolar: Un desafío importante.	Molina, R.; Sandoval, J. y González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Chile.
2003	Molina, R.	Enfoque de riesgo en adolescentes embarazadas.	Molina, R.; Sandoval, J. y González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Chile.
2003	Sandoval, J.	Embarazo no deseado y aborto en adolescentes.	Molina, R.; Sandoval, J. y González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Chile.
2004	Molina, Marta <i>et al.</i>	Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar.	Revista Médica de Chile, vol. 132, N° 1.
2004	Díaz, A.; Sugg, C.; Valenzuela, M.	Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa.	Revista Sogía 2004; 11(3): 79-83.
2005	Navarro, S.	Satisfacción usuaria de un programa de educación para la salud realizado a través de visitas domiciliarias a adolescentes embarazadas.	Pontificia Universidad Católica de Chile.
2005	Baeza B., Poo A.; Vásquez O.; Muñoz S.	Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas.	Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2005, vol. 12, N° 2.
2005	Rodríguez, J.	Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política.	Revista de la CEPAL (Santiago, Chile). N° 86 (agosto 2005), pp. 123-146
2005	Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D.; Zúñiga, D.	Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal.	Revista Sogía, N° 12.
2005	Winkler, M. I.; Pérez Salas, C.; López, L.	¿Embarazo deseado o no deseado? Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, Región Metropolitana.	Revista Terapia Sicológica, vol. 23 N° 2.
2005	Salvatierra, L.; Aracena, M.; Ramírez, P.; Reyes, L.; Yovane, C.; Orozco, A. Lesmes, C.; Krause, M.	Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud	Revista de Psicología de la Universidad de Chile, vol. XIV N° 1: pp. 141-152.
2006	Olavarria, J.; Donoso, A.; Valdés, T.	Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno.	Ministerio de Educación, FLACSO-Chile.
2006	Gutiérrez, C.; Olate, D.; Duarte, K.; Navarro, D.; Pérez, J.C.	Gestación adolescente y recursos disponibles. Estudio sobre las acciones públicas y recursos disponibles para adolescentes en relación al embarazo y paternidad/maternidad.	Instituto de Asuntos Públicos, Centro de Análisis de Políticas Públicas, febrero, 2006

Año	Autor/es/as	Nombre	Editorial/Revista
2006	Madrid, S.	Paternidades adolescentes y ordenamiento de género en Chile.	Revista del Observatorio de la Juventud, junio, vol.3, N° 10, pp. 40-49.
2006	Hammel, P.	Sexualidad y Género en la Adolescencia.	Capítulo en libro Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, editores Dr. Mario Valdivia / Ma Isabel Condeza. Editorial Mediterránea, 2006.
2007	Baeza, B.; Poo, A. M.; Vásquez, O.; Muñoz, S.; Vallejos, C.	Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región.	Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, N° 72.
2007	Molina, R.; Molina, T.; González, E.	Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile.	Revista, CIEG.

Fuente: Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A. Morán, J.M. (2007). Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA realizadas desde 1990 al 2007. Estudios sobre Embarazo Adolescente, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para UNFPA, con apoyo técnico de OPS-Chile, Santiago, diciembre.

Los hallazgos de los múltiples estudios realizados tanto en Chile como en otros países muestran que el embarazo adolescente se asocia con aspectos económicos negativos, afectando más a las madres pobres e incidiendo en el círculo vicioso de la pobreza; vinculado además a la escolaridad en una relación de influencia mutua. Entre los pobres, el embarazo en la adolescencia se asocia a ingresos menores para las madres y peor estado nutricional de los/as niños/as. Además, en este grupo de mujeres las mejoras en el bienestar del niño/a se asocian con la educación de la madre y su contribución a la economía doméstica²².

El vínculo entre embarazo en la adolescencia y pobreza es correlacional, por cuanto la mayor prevalencia de maternidad adolescente fuera del matrimonio, la desertión del sistema educacional asociada antes o después del embarazo, la inserción precaria en el mercado laboral y el posible vínculo con la transmisión intergeneracio-

nal de patrones de maternidad adolescente, generan las condiciones para que los hogares formados por madres adolescentes posean características de vulnerabilidad social y económica desde su génesis²³.

En este sentido, el embarazo en la adolescencia es una problemática social, por cuanto reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales.

Esto ocurre también para el caso de los padres adolescentes. Si bien existen pocos estudios en Chile que traten el tema de la paternidad en esta etapa, estimaciones del INE muestran que la proporción de nacimientos donde la madre declaró que el padre tenía menos de 20 años ha pasado del 1,7% en 1960 a un 5,7% en el año 2000, constatándose que una gran proporción de los padres de los/as hijos/as nacidos/as fuera del matrimonio tiene una edad cercana a la de la madre²⁴.

²² Buvinic, M. (1998). Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Population Council.

²³ Palma, I. (2001) Salud y Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes en el contexto de la Reforma de salud en Chile. Documento OPS/OMS, Proyecto Equidad, Género y Reforma de la salud en Chile, Santiago de Chile.

²⁴ Madrid, S. (2006) "Paternidades adolescentes y ordenamiento de género en Chile". Revista del Observatorio de la Juventud, junio, vol.1, N° 10, pp. 40-49.

Los padres adolescentes, al igual que las madres adolescentes, no se distribuyen de la misma manera entre los distintos estratos de la sociedad. Un estudio realizado el 2004, mostró que la proporción de padres adolescentes en la comuna más pobre de Santiago es 22 veces mayor que la de la comuna más rica de la capital, lo que demuestra la incidencia de los factores socioeconómicos en este fenómeno, tanto para el caso de las mujeres como para el de los hombres²⁵.

Como muestra el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva en la imagen siguiente, es posible constatar la vulnerabilidad del derecho a la equidad en la proporción de nacidos vivos de madres adolescente en las comunas de la Región Metropolitana en 2003, donde las comunas con más altos ingresos tienen las menores proporciones a diferencias de las comunas con menores ingresos que tienen proporciones mayores.

Adicionalmente, se sostiene que el embarazo en la adolescencia profundiza desigualdades en las relaciones de género, acrecentando la vulnerabilidad de las mujeres, ya que en este fenómeno confluyen diversas formas de subordinación social: en cuanto mujer, en cuanto joven, en cuanto pobre. El embarazo en la adolescencia está ligado a la desigualdad de las relaciones entre hombres y mujeres, debido a que la figura del padre adolescente no está plenamente constituida en la sociedad, siendo muchas veces un ac-

tor invisibilizado que elude su corresponsabilidad en el embarazo. De este modo, la mujer debe asumir estos costos sobre sí misma y sobre su propio/a hijo/a²⁶.

Más allá de los factores estructurales, el embarazo en la adolescencia también se posiciona como un problema social dadas las consecuencias psicológicas e incluso biológicas que este tiene para las adolescentes. Un estudio realizado el 2005 en la ciudad de Santiago de Chile señala que, en el ámbito biológico, estas consecuencias se manifiestan a través de problemas de autoimagen corporal. A los cambios biológicos y físicos propios de la adolescencia se suman los del embarazo, lo que sin duda marca a las jóvenes.

A nivel psicológico, el desarrollo de la identidad se ve interferido de manera importante por el embarazo, por cuanto este acelera la definición de roles, aspecto que no es plenamente percibido y dimensionado en su impacto por parte de las adolescentes embarazadas²⁷.

El embarazo en la adolescencia también se constituye como un problema de salud pública, por cuanto la mortalidad infantil de los hijos e hijas de las madres adolescentes es mayor a las de madres no adolescentes. En un estudio realizado en 2002, por el Dr. Ramiro Molina, en el cual se acuña la antigua denominación legal de la legitimidad de los/as hijos/as según si estos nacían fuera o dentro del matrimonio, se concluye

²⁵ Olavarria, J; S. Madrid (2004) Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe. FLACSO-UNFPA, México."

²⁶ SERNAM (2001) Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile. Documento elaborado por I. Palma.

²⁷ Salvatierra, L.; Aracena, M.; Ramírez, P.; Reyes, L.; Yovane, C.; Orozco, A.; Lesmes, C.; Krause, M. (2005). "Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud". En: Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 14(1). P. 141-152.

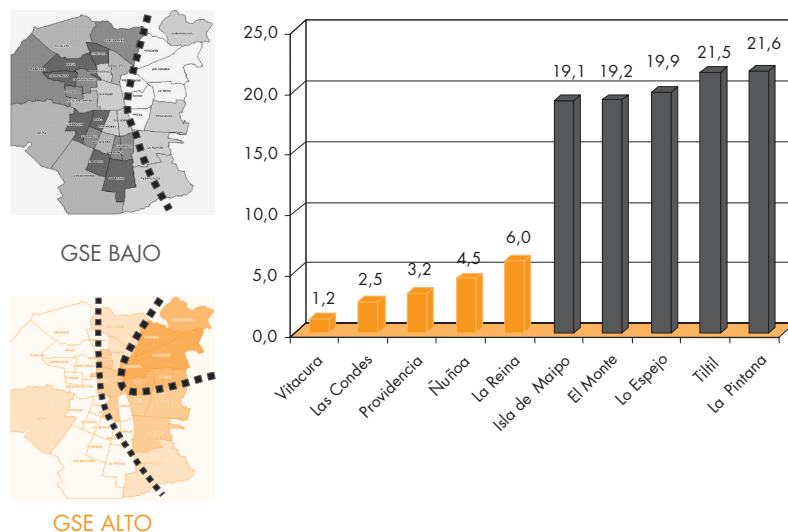
que a toda edad se observa el descenso de la mortalidad infantil estructurada por la variable “legitimidad” de los/as hijos/as. Sin embargo, en las menores de 20 años y en las de 15 a 19 años con hijos ilegítimos el descenso es menor. Esto se explica, en parte, porque la madre adolescente muy joven y con un embarazo no deseado usa menos el sistema de salud, no realizando los controles de embarazo que aseguran la salud de la madre y del hijo/a²⁸.

Adicionalmente, el embarazo adolescente no deseado deriva en muchos casos en aborto inducido. En Chile no existen cifras oficiales dada la ilegalidad del aborto. Sin embargo, estimaciones mundiales señalan que alrededor del 26% de embarazos –sin incluir los abortos espontáneos y los partos de fetos muertos– terminan anualmente en un aborto²⁹.

Considerando lo señalado es que se hace necesario abordar el embarazo en la adolescencia como una problemática multidimensional, la cual abarca un conjunto de temas que hacen de esta un fenómeno complejo. En Chile, una de las medidas que se ha considerado para enfrentar esta problemática son los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 del Ministerio de Salud, donde se define como meta reducir

Gráfico 17

Proporción de nacidos vivos de madres adolescentes, comunas de la Región Metropolitana, año 2003



Fuente: ICIMER (2007). Derechos Sexuales y Reproductivos en el contexto de los derechos Humanos. S. Díaz, L. Casas, V. Schiappacasse, C. Dides. Presentación power point.

²⁸ Molina, R. (2002). “Adolescencia y embarazo: Un problema emergente en salud pública”. En: Molina, R. y González, E., Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Mediterráneo, Chile.

²⁹ CEM, CEDM, CLADEM, *et al.* (2006). Informe Sombra CEDAW Chile 2003-2006. Recuperado de <http://www.minjusticia.cl/pmg/documentos/informe%20sombra%200306.pdf> Acceso: octubre de 2008.

el embarazo no planificado en un 30%, bajando las tasas de fecundidad de las mujeres entre 10 y 19 años.

Según un artículo publicado el 2004, el principal motivo señalado para no estar estudiando entre quienes fueron padres antes de los 20 años y no han terminado la educación secundaria es haber decidido trabajar (50%, proporción que disminuye a 30% en el caso de quienes no han tenido hijos), mientras que sólo un 0,3% señaló que no estudiaba por cuidar a su hijo. En el caso de las mujeres que desertaron antes de concluir los estudios secundarios la situación se invierte ya que el principal mo-

tivo declarado para no estar estudiando es precisamente tener que cuidar a su hijo (60%, proporción que disminuye a 39% en el caso de quienes fueron madres después de la adolescencia), mientras que sólo un 7,3% señaló que no estaba estudiando porque había decidido trabajar. Esto demuestra que la maternidad y la paternidad en la adolescencia reproduce diferencias de género socialmente establecidas, teniendo consecuencias diferenciadas para ambos sexos³⁰.

³⁰ Madrid, S. (2006) "Paternidades adolescentes y ordenamiento de género en Chile". En Revista del Observatorio de la Juventud, junio, vol. 3, N° 10, pp. 40-49".

3. SITUACIÓN DEL EMBARAZO Y LA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

Según el punto de vista epidemiológico, el embarazo en la adolescencia suele ser clasificado en dos grandes grupos según la edad de la madre: por un lado, el grupo de madres menores de 15 años, y por otro, el de 15 y 19 años, esto por cuanto las realidades tanto biológicas como sociales que son propios de estos dos grupos se diferencian en múltiples aspectos, lo que hace necesario observarlos como fenómenos separados.

En términos de magnitud, para realizar un diagnóstico adecuado de la situación del embarazo en la adolescencia, este tiene que ser abordado desde diversas miradas. La primera implica observar las cifras absolutas del fenómeno, lo cual permitirá saber si el embarazo en la adolescencia se encuentra en desarrollo o en retroceso dentro el país.

Como se aprecia en la Tabla 5, entre el año 2000 y el 2005 la cantidad de nacidos vivos por año en el país tendió a disminuir. Así, mientras en el año 2000 hubo un total de 248.694 nacidos vivos, esta cifra disminuyó a 230.831 en el 2005.

Para el caso de los nacidos vivos de madres adolescentes, se observa un fenómeno similar, ya que tanto en el grupo de las madres entre 15 y 19 años y en el de las menores de 15 las cifras absolutas de nacidos vivos disminuyen en igual período, en circunstancias que la población femenina total en el país aumenta.

En este sentido, estamos frente a un fenómeno de envejecimiento poblacional, es decir, una reducción de las tasas de fecundidad entrelazada con un aumento poblacional. No obstante, si

Tabla 5: Nacidos vivos y total de mujeres en Chile (2000-2005)

Año	Nacidos vivos de madres menores de 15 años	Nacidos vivos de madres de entre 15 a 19 años	Total nacidos vivos en Chile	Cantidad total de mujeres en Chile
2000	1.054	39.216	248.694	7.777.484
2001	1.162	38.722	246.116	7.864.927
2002	1.118	36.500	238.981	7.952.375
2003	994	33.840	234.486	8.039.821
2004	906	33.522	230.352	8.127.268
2005	935	35.143	230.831	8.214.714

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del MINSAL, Gobierno de Chile; estimaciones poblacionales del INE. www.ine.cl

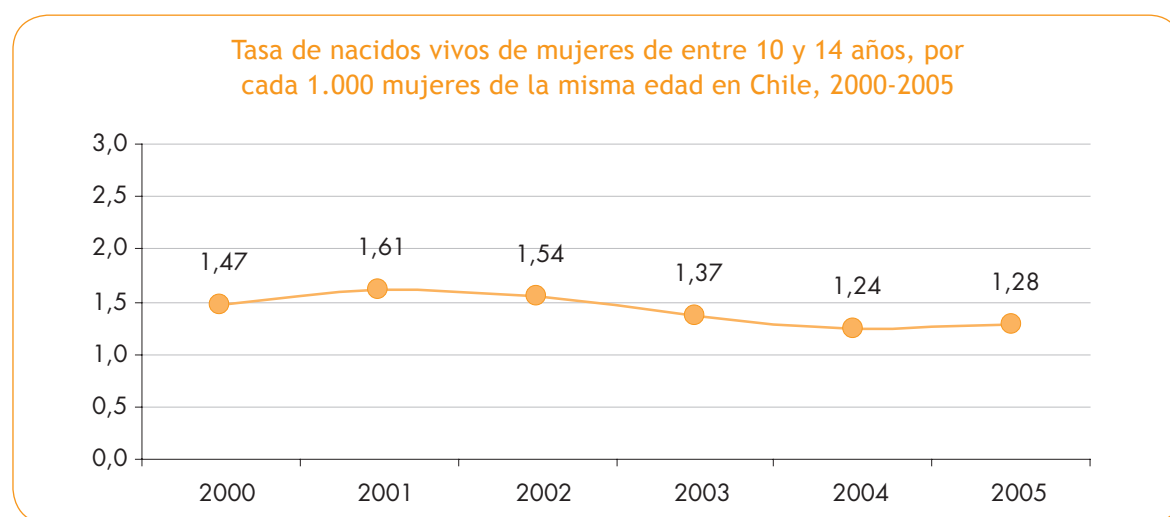
bien las cifras absolutas muestran que el embarazo en la adolescencia disminuye, este análisis no es suficiente para realizar un diagnóstico completo, ya que la disminución de la cantidad de nacidos vivos de madres adolescentes es un fenómeno asociado a la disminución general de nacidos vivos en el país, lo que hace necesario observar la situación en valores relativos.

Una segunda mirada dice relación con la observación del fenómeno a partir de su magnitud al interior de la población adolescente en el país, de tal modo de constatar la proporción real de

adolescentes que se embarazan en Chile. Para esto, se propone calcular la evolución de la tasa de nacidos vivos de adolescentes por cada mil mujeres de dicho segmento poblacional.

Tal como se observa en el Gráfico 18, al año 2005 la tasa de nacidos vivos de mujeres entre 10 y 14 años de edad, por cada 1.000 mujeres del mismo rango etario, llegaba a 1,28, lo que representa una disminución de 0,19 puntos respecto a la tasa para el año 2000.

Gráfico 18



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas del MINSAL y estimaciones poblacionales del INE. www.ine.cl

Situación similar se observa en el Gráfico 19, donde la tasa de nacidos vivos de mujeres entre 15 y 19 años, por cada mil mujeres de la misma edad, disminuyó en 11,41 puntos entre el año 2000 y 2005.

Dentro de la población adolescente, son menos las mujeres que quedan embarazadas, lo que muestra la existencia de un efectivo retroceso del fenómeno al interior de este grupo. Si bien aún las tasas pueden continuar bajando, como es la meta de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, cabe preguntarse si el embarazo adolescente puede ser efectivamente considerado como una problemática desde el punto de vista de su magnitud, ya que, según lo observado hasta ahora, pareciera ser que es un problema en retroceso dentro del país. Para responder esto, hace falta observar otras cifras de este fenómeno social.

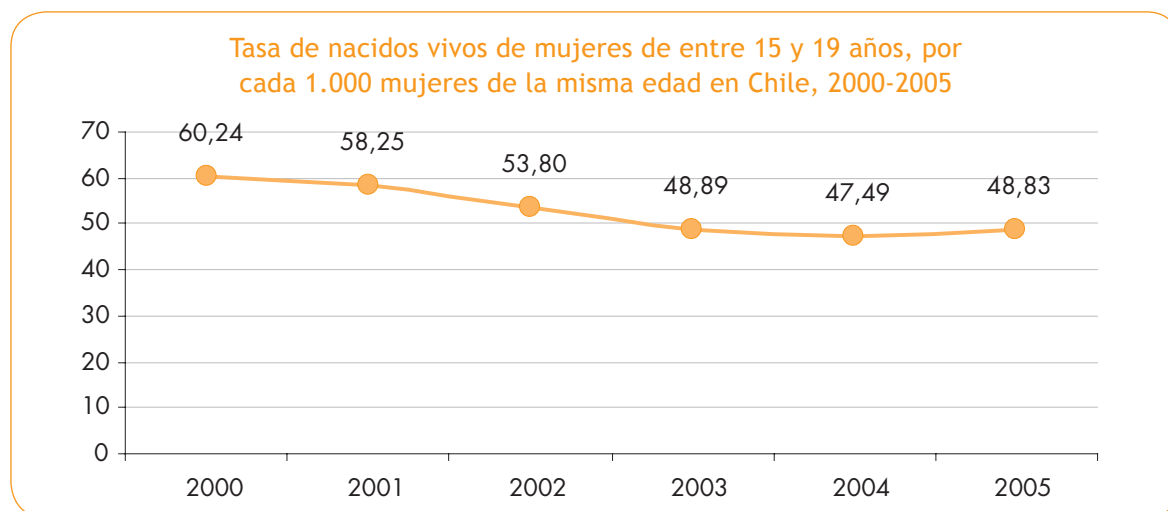
Una tercera mirada implica la observación de este fenómeno en relación al total de nacidos vivos en la población

chilena y no solo dentro de la población adolescente, lo que permite conocer la cantidad de madres adolescentes respecto a la cantidad total de madres en Chile.

Para el caso del embarazo en mujeres entre 10 y 14 años de edad, pese a que la tasa es bastante baja (de cada mil niñas entre 10 y 14 años se registraron en el año 2005 4,1 embarazos), solo ha disminuido en 0,1 puntos desde el 2000 (ver Gráfico 20).

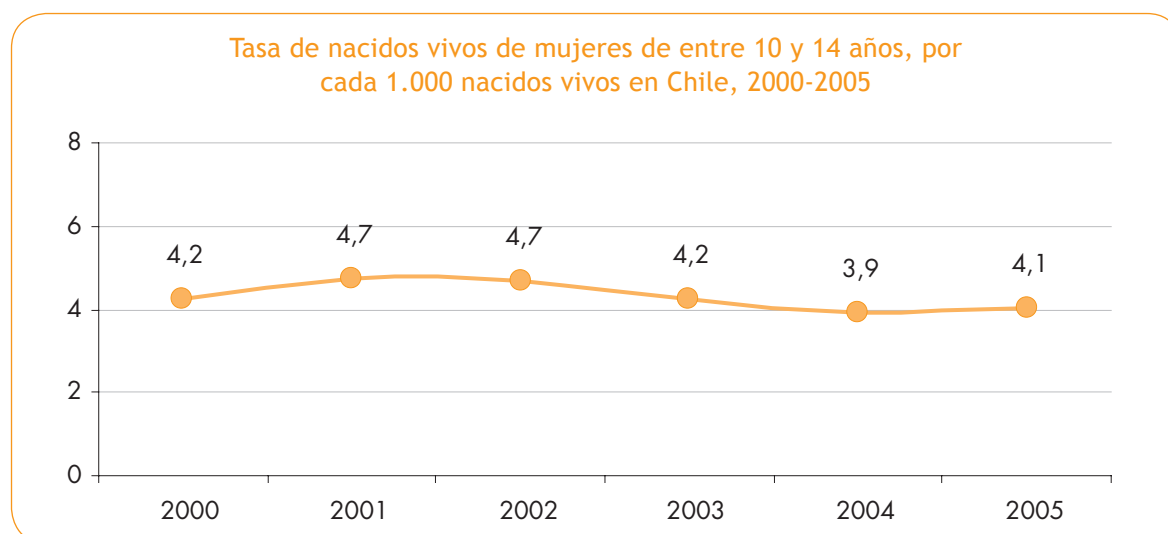
Asimismo, el Gráfico 20 muestra que en el año 2005, de cada mil nacidos vivos, 152 correspondieron a hijos/as de madres adolescentes entre 15 y 19 años de edad. La baja respecto al año 2000 es leve, de solo 5,5 puntos, mucho menor a la observada en la tasa de nacidos vivos de mujeres entre 15 y 19 años por cada mil mujeres de la misma edad, como se observó anteriormente. Adicionalmente, si se observan las cifras de los años 2003, 2004 y 2005, la tasa tiende a aumentar en estos.

Gráfico 19



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas del MINSAL y estimaciones poblacionales del INE. www.ine.cl

Gráfico 20

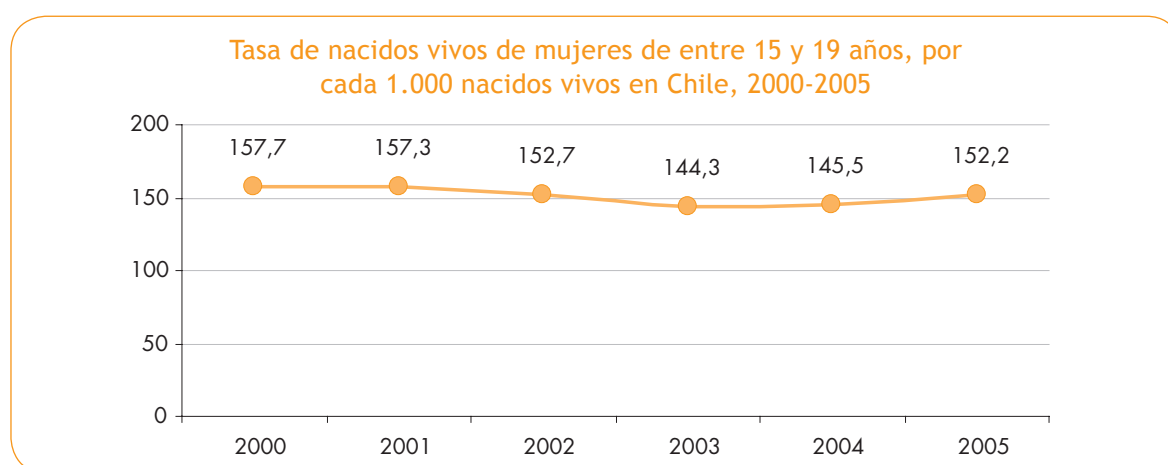


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas del MINSAL y estimaciones poblacionales del INE. www.ine.cl

Lo que muestran estas últimas cifras es que dentro de la población adolescente el embarazo ha tendido a disminuir de manera importante en el último tiempo. Este descenso no ha sido tan consistente como el de la tasa general de fecundidad en el país, es decir, mientras la tasa de nacidos vivos de madres de 20 años de edad o más ha tendido a disminuir fuer-

temente, la baja de la tasa de embarazos adolescentes no ha sido tan fuerte como esta. El Gráfico 22 muestra la dinámica de las tasas de fecundidad³¹ en las últimas décadas para los rangos de los 15 a los 19, de los 20 a los 24, y de los 25 a los 30 años de edad, y cómo estas dos últimas han tendido a disminuir de manera más importante que la primera.

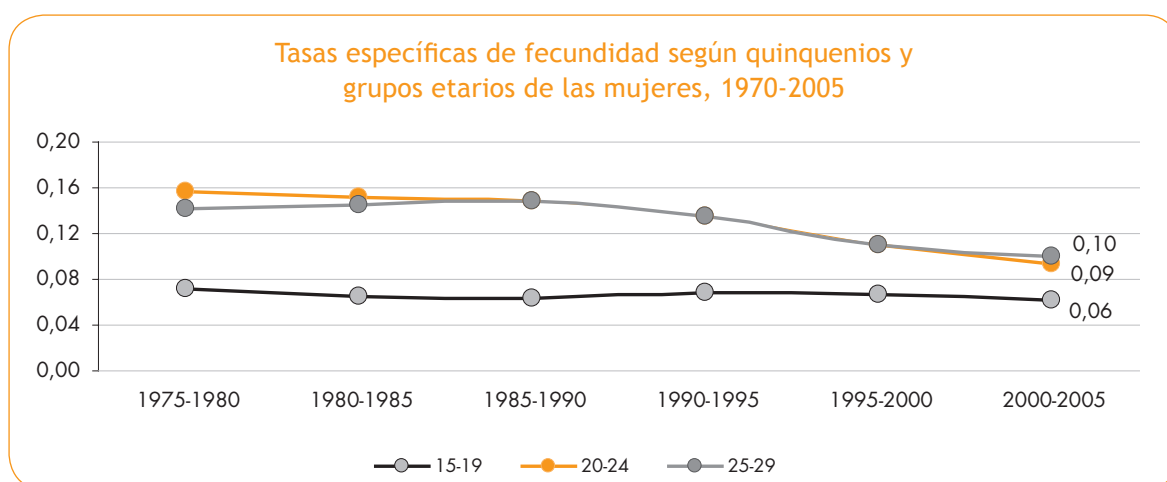
Gráfico 21



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas del MINSAL y estimaciones poblacionales del INE. www.ine.cl

³¹ La tasa de fecundidad se refiere al número medio de hijos (hombres y mujeres) que aportaría -al final del período fértil- cada mujer de una cohorte hipotética que, durante su etapa reproductiva (15-49 años), tuviera la fecundidad por edad de la población en estudio, la que, a su vez, no ha estado sujeta a la mortalidad desde el nacimiento hasta el término de su período fértil (INE, CEPAL. (s.f.). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago, Chile).

Gráfico 22

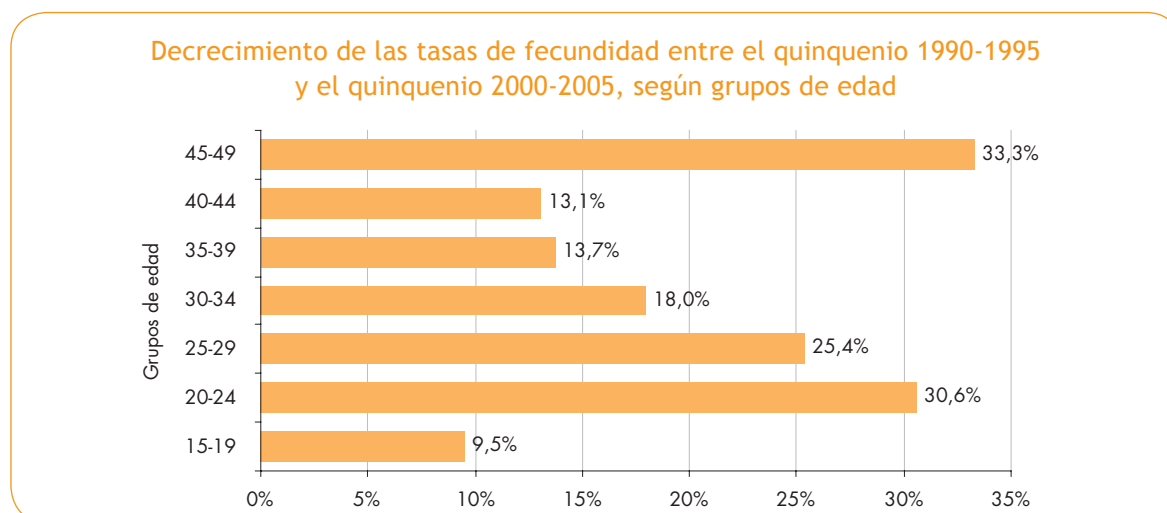


Fuente: INE; CEPAL (s.f.). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago, Chile.

El Gráfico 22 muestra que entre el quinquenio de 1990-1995 y el de 2000-2005 la tasa de fecundidad que presenta una menor disminución es la comprendida en el rango de los 15 a los 19 años de edad, con solo un 9,5% de decrecimiento, mientras que las tasas de los demás grupos etarios bajaron todas al menos 13 puntos porcentuales.

De este modo, si bien las tasas de fecundidad de adolescentes han tendido a bajar en los últimos años, *el embarazo en la adolescencia se presenta como un problema social en Chile*, desde el punto de vista de su magnitud, debido a la desaceleración en la baja de las tasas de fecundidad de madres de entre 15 y 19 años respecto a las tasas de las madres mayores de 19 años de edad.

Gráfico 23³²



Fuente: INE; CEPAL (s.f.). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago, Chile.

³² El decrecimiento representa la proporción en la que disminuyó la tasa de fecundidad entre el quinquenio de 1990-1995 y el de los años 2000-2005, y no los puntos porcentuales en que bajó la tasa de fecundidad. Es decir, si la tasa de fecundidad en el quinquenio 1990-1995 era de 0,0012 hijos para el grupo de 45 y 49 años de edad, y se registra un porcentaje de decrecimiento del 33%, la misma la misma tasa para el quinquenio 2000-2005 sería igual a 0,0008.

4. CARACTERIZACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES

En Chile, y al igual que en el resto del mundo, el embarazo en la adolescencia es un fenómeno ligado a factores estructurales que lo posicionan poblacional y geográficamente de manera desigual entre los diversos estratos y zonas

del país. Asimismo, existen otros factores asociados a esta problemática, los cuales son abordados en esta sección con el objetivo de crear un perfil de las madres adolescentes en el país.

> a) Caracterización según nivel de ingresos

Uno de los factores más importantes dentro del embarazo en la adolescencia y su distribución poblacional se vincula al nivel socioeconómico. Un estudio de Molina, R.; Molina, T. y González, E., en 2007³³, con niñas de 14 años y menos, señala que dentro la ciudad de Santiago los niveles de fecundidad más altos se encuentran en las comunas que reciben mayor proporción de raciones alimenticias escolares, mientras que los más bajos corresponden a las comunas que reciben menor proporción de raciones alimenticias. Esto revela indirectamente las necesidades alimenticias de los escolares de estas comunas, factor que se vincula al nivel socioeconómico promedio de su población, relacionándose esto directamente con las tasas de embarazo en la adolescencia. Así, por ejemplo, la comuna de Cerrillos –que recibe el 9,3% del total de las raciones alimenticias– tiene un riesgo de fecundidad 35 veces mayor, en niñas meno-

res de 14 años, que la comuna de Vitacura (35,6 *versus* 0,0), que recibe un 0,04% de raciones escolares alimenticias³⁴.

En la Tabla 6 se presentan las 6 comunas con mayores tasas de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años y las 6 comunas con las tasas más bajas; entre las cien comunas con mayor cantidad de mujeres en el país, las que representan a casi el 80% del total de la población femenina en Chile, el Índice de Desarrollo Humano (IDH)³⁵ de cada una de esas comunas corrobora lo planteado por diversos estudios, en el sentido que las comunas con menores tasas de embarazo en la adolescencia presentan altos índices en el IDH de ingreso, mientras que las comunas con mayores tasas presentan un IDH mucho más bajo. La maternidad adolescente expresa las profundas desigualdades de la sociedad chilena, a la vez que reproducen las inequidades.

³³ Molina, R.; Molina, T. y González, E. (2007). “Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile”.

³⁴ Revista Médica de Chile, enero, vol. 135, N° 1, pp. 79-86.³⁵ Ambas comunas ubicadas en la Región Metropolitana, capital Santiago.

³⁵ El PNUD define el desarrollo humano como el proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y capacidades humanas. De esta manera, el desarrollo humano refleja además los resultados de esas funciones y capacidades en cuanto se relacionan con los seres humanos. De este modo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) mide el logro medio de un país en cuanto a tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, los conocimientos y un nivel decente de vida. El IDH de Ingreso considera los ingresos en representación de un nivel decente de vida y en reemplazo de todas las opciones humanas que no se reflejan en las otras dos dimensiones.

Tabla 6: Tasa de nacidos vivos e IDH de Ingreso (2006) por comuna en Chile, año 2005

Comunas con mayores tasas de embarazo en la adolescencia			Comunas con menores tasas de embarazo en la adolescencia		
Comuna	Tasa de nacidos vivos de madres de entre 15 y 19 años de edad, por cada 1.000 mujeres	IDH Ingreso	Comuna	Tasa de nacidos vivos de madres de entre 15 y 19 años de edad, por cada 1.000 mujeres	IDH Ingreso
La Pintana	80,9	0,583	Vitacura	6,8	1,000
Alto Hospicio	80,7	Sin información	Las Condes	8,0	0,971
San Ramón	75,1	0,622	Providencia	12,1	0,994
Ancud	74,9	0,614	La Reina	14,4	0,937
La Unión	70,6	0,619	Ñuñoa	19,6	0,910
Vallenar	70,0	0,633	Lo Barnechea	19,7	1,000

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Departamento de Estadísticas de Ministerio de Salud, y de www.desarrollohumano.cl

> b) Caracterización según distribución geográfica

En Chile existe un alto grado de urbanización en general. Según los datos del Sistema Nacional de Información Municipal, el 65% de las comunas del país son mayoritariamente urbanas, mientras que solo un 35% son rurales³⁶. Esto también incide en la tasa de nacidos vivos, según zonas. Como se observa en la Tabla 7, la tasa de nacidos vivos de madres menores de 15 años de edad

por cada mil mujeres, tiende a ser superior en las zonas rurales que en las urbanas. Del mismo modo, la misma tasa para madres entre 15 y 19 años de edad también es superior en las comunas rurales, lo que muestra que la distribución del embarazo en la adolescencia en Chile dice relación con los niveles de ruralidad y urbanización.

³⁶ Para efectos del presente documento, se considera como rurales aquellas comunas que presentan un 50% o más de población rural, y se consideran urbanas aquellas comunas con menos de 50% de población rural, según datos del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) para el año 2005 (<http://www.sinim.cl/>).

Tabla 7: Tasa de nacidos vivos de madres adolescentes, por cada mil mujeres, según edad de la madre y zona, 2005

Zona	Madres menores de 15 años de edad	Madres de entre 15 y 19 años de edad
Rural	1,6	54,5
Urbana	1,3	48,6

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Sistema Nacional de Información Municipal, 2005 (www.sinim.cl).

Lamentablemente, en Chile existen pocos estudios cualitativos actualizados que den luces sobre el perfil psicosocial de las adolescentes rurales. Un estudio realizado en la provincia de Curicó, en 1994, señalaba que, en términos generales, las adolescentes embarazadas rurales son solteras, con escolaridad interrumpida antes del embarazo y pertenecientes a familias estables. El grueso de ellas no sabe de sexualidad ni reproducción humana y no usan métodos anticonceptivos. En general, la presión para que se casen una vez embarazadas es variable, siendo más fuerte en las zonas rurales tradicionales. Adicionalmente, no poseen habilidades ni capacidad cognitivas para controlar su

vida y los servicios de salud les son ajenos. Todo esto incidiría en una alta vulnerabilidad frente al embarazo en la adolescencia, aunque es necesario recalcar que esta información no ha sido actualizada³⁷.

Respecto a la distribución regional, la mayor tasa de nacidos vivos de madres adolescentes por cada mil mujeres, se presenta en la XI Región. Para el caso de las madres entre 15 y 19 años de edad, la menor tasa de embarazo se observa en la Región Metropolitana, lo que puede relacionarse con lo señalado ya que esta región presenta niveles muy altos de urbanización respecto a las otras regiones del país (Tabla 8).

Tabla 8: Tasa de nacidos vivos de madres adolescentes por cada mil mujeres, según edad de la madre y región del país, 2005

	Madres menores de 15 años de edad	Madres entre 15 y 19 años de edad
I Región	1,1	52,8
II Región	1,2	60,3
III Región	1,3	64,3
IV Región	1,4	56,7
V Región	1,2	48,2
VI Región	1,2	50,5
VII Región	1,8	50,0
VIII Región	1,3	46,0
IX Región	1,2	50,6
X Región	1,8	60,3
XI Región	2,3	69,5
XII Región	1,3	54,2
Región Metropolitana	1,2	44,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas de MINSAL, Gobierno de Chile, 2005.

³⁷ Pérez, L. M. (1994). Embarazo en adolescentes rurales. Provincia de Curicó / Documento de trabajo N° 1 CORSAPS, Santiago.

> c) Caracterización según nivel educacional

Existe una relación negativa entre maternidad y educación. La fecundidad puede ser, a la vez, causa y consecuencia de menores oportunidades educativas que se manifiestan en una menor asistencia escolar y niveles de educación más bajos que los observados en el total de jóvenes adolescentes³⁸.

Diversos autores han concluido que el embarazo en la adolescencia puede tener como consecuencia, por una parte, la deserción de la madre del sistema de educación formal; mientras que, por otra, el bajo nivel de instrucción asociado a la temprana deserción del sistema educacional por razones distintas a la maternidad puede generar condiciones que favorecen la ocurrencia de una maternidad temprana³⁹. Un estudio realizado con pacientes del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Guillermo Grant Benavente, en la ciudad de Concepción, mostró que la deserción escolar en las adolescentes no solamente ocurre durante el embarazo, sino también en un porcentaje importante (40%) antes de este. Asimismo, se mostró que el grupo de las adolescentes que desertaron previo al embarazo pertenecían en un mayor porcentaje al sub-nivel de miseria⁴⁰.

El nivel educativo de las madres adolescentes es inferior al del conjunto de mujeres adolescentes. Entre el total

de mujeres entre 15 y 19 años de edad en el país, el 64% ha cumplido con al menos 9 años de estudio, en circunstancias que aquellas que tuvieron hijos/as lo hacen solo en un 49%.

Considerando este escenario, las condiciones para que una madre adolescente se reintegre al sistema educacional son muchas veces adversas, especialmente en los estratos de más bajos ingresos. Esto debido a que generalmente las madres asumen los costos económicos de la crianza, por lo que deben integrarse al mercado laboral. Este ofrece condiciones de trabajo precarias a personas con bajo nivel de instrucción, por lo que, de lograr entrar exitosamente en el mercado, se dificulta la generación de ingresos para retornar a la escuela⁴¹.

Asimismo, según un estudio que utilizó como población objetivo a las madres adolescentes insertas en el sistema escolar al año 2005⁴², se constató que la mayoría de estas (60,6%) pertenecían a instituciones municipales, el 36,3% a establecimientos particulares subvencionados, y solo un 0,8% a establecimientos particulares pagados, lo que constata la desigual distribución del fenómeno del embarazo en la adolescencia en el país (tabla 9).

³⁸ Instituto Nacional de Estadísticas INE. (2004). Mujeres chilenas. Tendencias en la última década. Chile.

³⁹ Palma, I. (2001). Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile. SERNAM.

⁴⁰ Molina S. M.; Ferrada N. C.; Pérez V. R. *et al.* (2004). "Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar". Revista Médica de Chile, enero, vol. 132, N°1, pp. 65-70.

⁴¹ *Op. cit.*, Palma, I. (2001).

⁴² Olavarría, J.; Donoso, A.; Valdés, T. (2006). Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno. Ministerio de Educación, FLACSO-Chile.

Tabla 9: Madres insertas en el sistema escolar chileno, 2005⁴³

	%	n
Municipal	60,6	12.961
Particular subvencionado	36,3	7.772
Particular pagado	0,8	161
Corporación privada de administración delegada	2,4	503
Total	100,0	21.397

Fuente: Olavarria, J. et al. (2006).

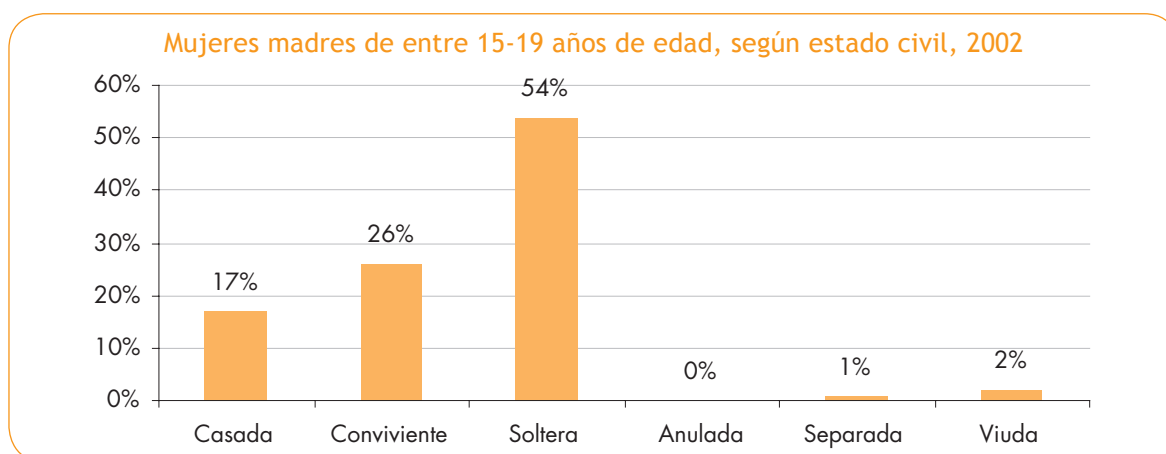
Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno. MINEDUC, FLACSO-Chile.

> d) Caracterización según estado civil

La mayor parte de las adolescentes que tuvieron hijos/as en el año 2001 fueron madres solteras (58%), fluctuando entre el 52% en las madres de 19 años y el 68% en las madres de 16 años⁴⁴. Igualmente, en 2002, esta cifra llegó al 54% (Gráfico 24).

Entre las mujeres de 15 a 19 años que se encontraban casadas, el 72% corresponden a madres adolescentes, mientras que solo el 28% declaraba, en el Censo del año 2002, no tener hijos/as. En consecuencia, esto muestra una tendencia a vincular la maternidad con el matrimonio entre las adolescentes⁴⁵.

Gráfico 24



Fuente: INJUV (2005). Cuadernillo temático: Análisis de la sexualidad y maternidad adolescente en Chile. Chile.

⁴³ Idem.

⁴⁴ INE (2004). Mujeres chilenas. Tendencias en la última década. Chile.

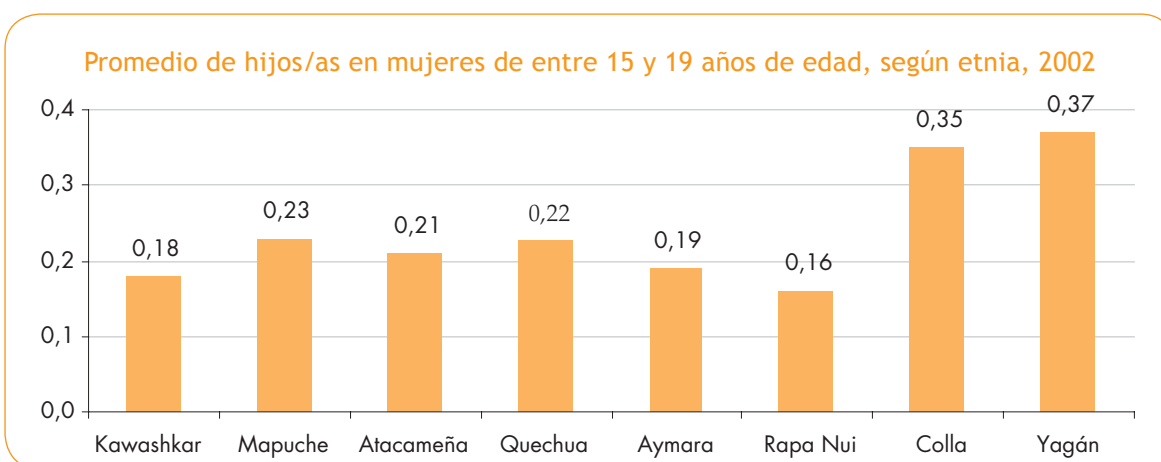
⁴⁵ INJUV (2005). Cuadernillo temático: Análisis de la sexualidad y maternidad adolescente en Chile. Chile

> e) Caracterización según pertenencia étnica

Las etnias yámana y colla son las que presentan el mayor promedio de hijos/as por mujer, entre adolescentes de 15 a 19 años de edad (0,37 y 0,35, respectivamente), mientras que las mujeres rapa nui y las mujeres quechuas (0,02) presentan el menor de estos promedios (0,16).

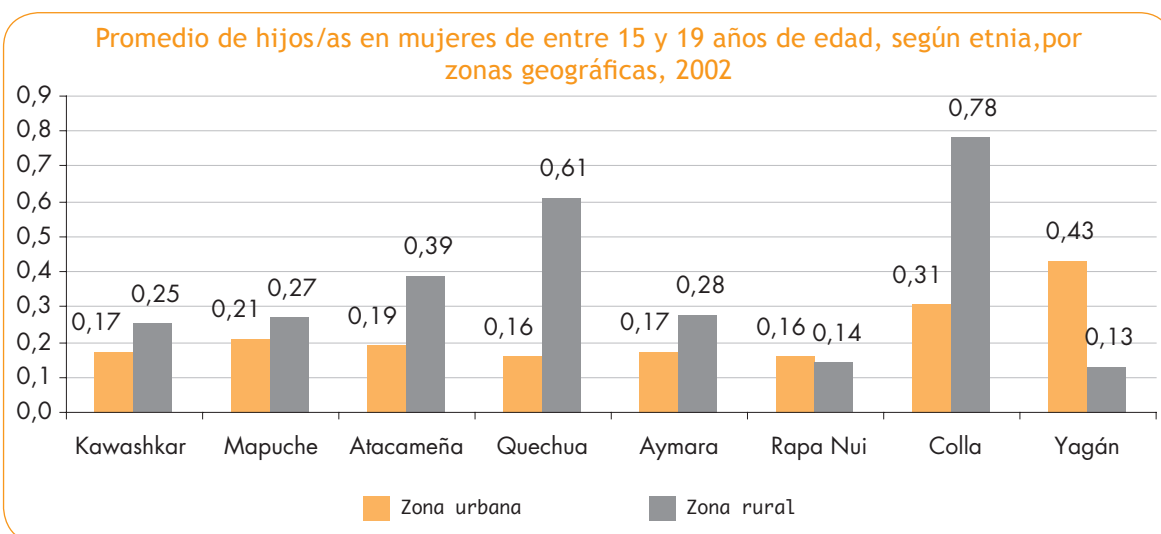
Al observar los datos según zona geográfica, se aprecia la existencia de una importante brecha entre las zonas rurales y las urbanas; ya que para casi todas las etnias el embarazo en la adolescencia tiende a concentrarse en lugares rurales, en especial al interior de las etnias quechua y colla.

Gráfico 25



Fuente: INE; MIDEPLAN (2005). Estadísticas Sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

Gráfico 26



Fuente: INE; MIDEPLAN (2005). Estadísticas Sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

5. ASPECTOS VINCULADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

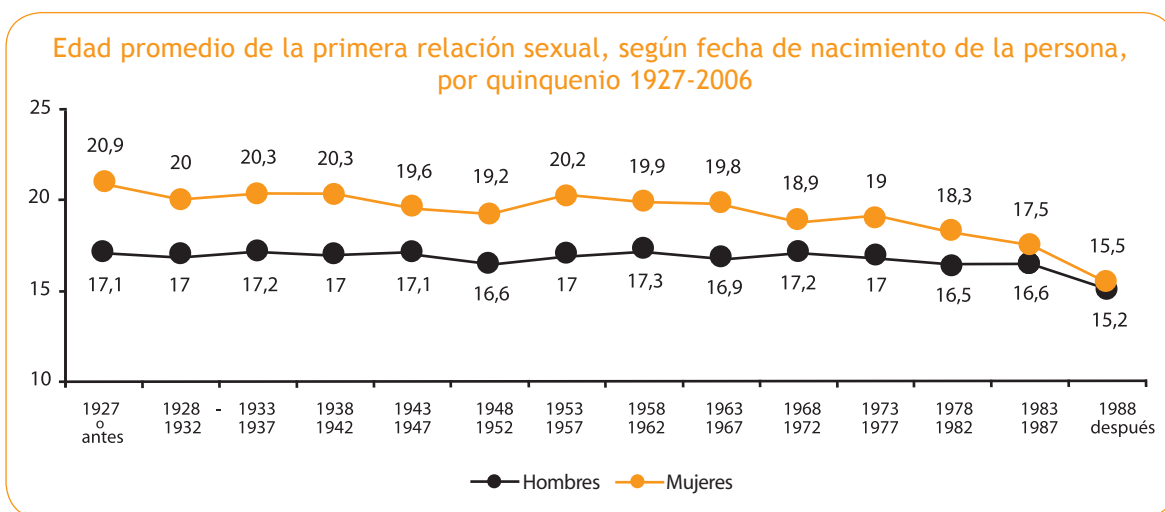
> a) Sexualidad de los/as adolescentes

La sexualidad de los/as adolescentes es dinámica y ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas. La iniciación sexual de los hombres, concepto que abarca únicamente las prácticas penetrativas, se da en promedio a los 16,5 años de edad, mientras que en las mujeres a los 17,3, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores (especialmente entre las mujeres), las que en el año 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años⁴⁶.

Asimismo, según los datos de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, la

edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en hombres tiende a ser entre los 16,5 y los 17,3 años, para las generaciones nacidas antes de 1987. Mientras, en el caso de las mujeres, desde las generaciones nacidas entre 1973 y 1977 en adelante, se observa una disminución palatina del promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales, llegando a 17,5 en el cohorte 1983 – 1987. Los datos de las generaciones posteriores a 1988 no son comparables con los demás, ya que únicamente representan a personas de 18 años o menos, lo que reduce el promedio de edad de iniciación sexual⁴⁷.

Gráfico 27



Fuente: MINSAL (2006). II Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006.

⁴⁶ INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile; INJUV. (2007). II Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile.

⁴⁷ MINSAL (2006). Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2006".

La primera relación sexual tiende a ser con la pareja habitual, aunque más en el caso de las mujeres (85,6%) que en los hombres (65,1%) (Gráfico 26).

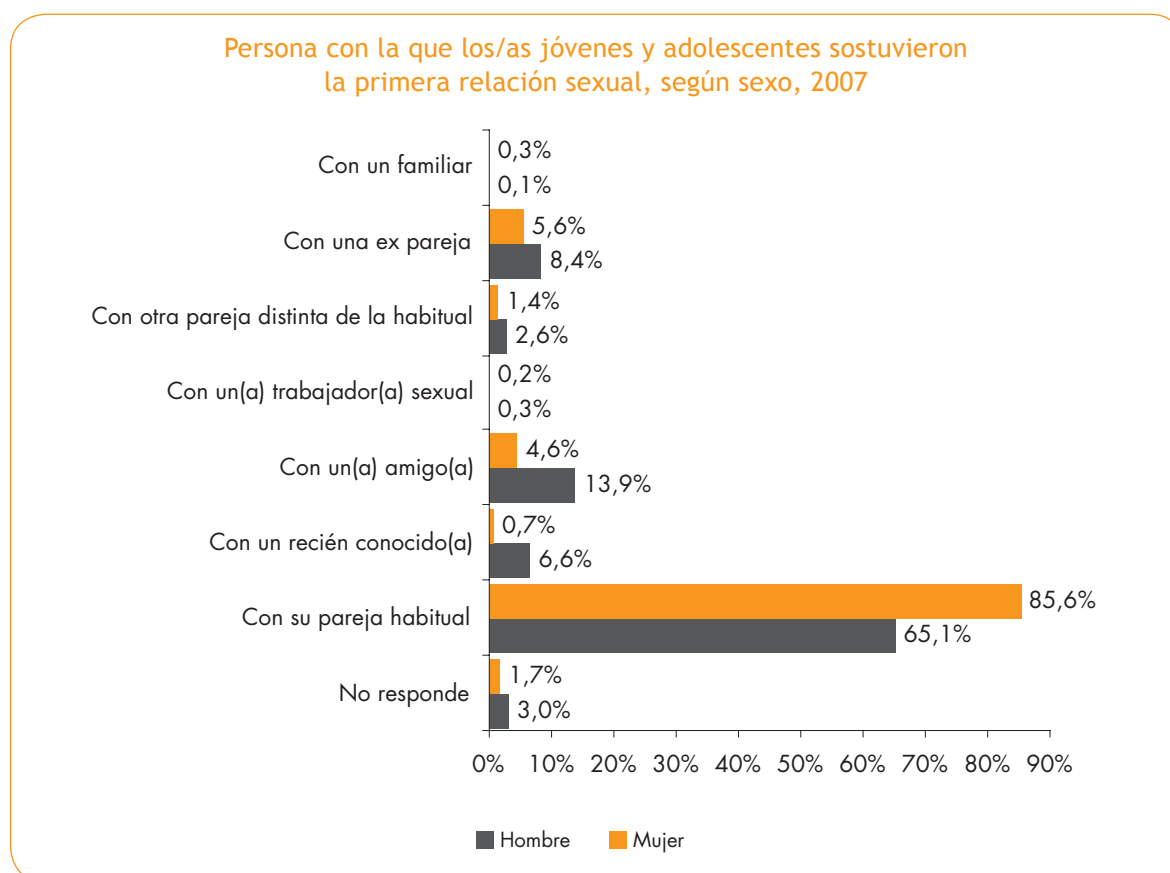
Entre los/as adolescentes de 15 y 19 años, el 39,5% declara haber tenido relaciones con penetración alguna vez en su vida, mientras que el 60,1% declara que no⁴⁸.

Las relaciones de pareja entre los/as adolescentes y jóvenes chilenos/as estarían atravesando un proceso de cambio en su conformación. Las relaciones de pareja ya

no se presentan necesariamente con las categorías de conyugalidad y premaritalidad, como se observaba en las décadas pasadas. Existe ahora una nueva categoría en la relación de pareja que, a falta de una denominación más precisa, se la conoce por el infinitivo de un verbo, como “andar”⁴⁹.

La pareja sexual actual de los/as jóvenes ya iniciados/as es en su mayoría su pololo/a* (81,4% para las mujeres y 54% en el caso de los hombres), seguido de un/a amigo/a y de un/a andante**, respectivamente.

Gráfico 28



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile.

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ Palma, I. (2003). "Paternidades entre los jóvenes: la "evasión" como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente". En: *Varones Adolescentes: Género Identidades y Sexualidades en América Latina*. UNFPA, FLACSO-Chile, Red Masculinidad/es Chile. Santiago, Chile.

* Noviazgo / **Tener una relación de pareja relativamente estable pero informal.

> b) Uso de métodos de prevención

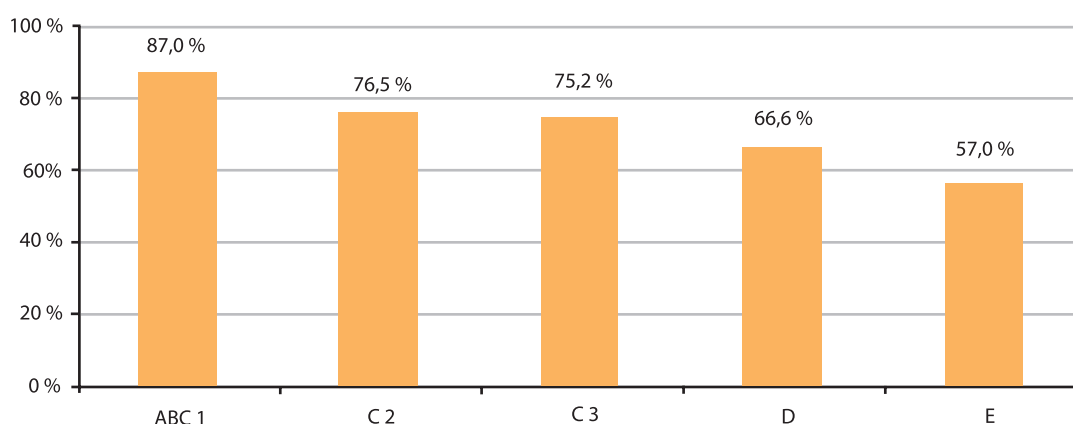
En lo que respecta al uso de métodos de prevención en las relaciones sexuales, el 54,8% de los/as jóvenes entre 15 y 19 años de edad iniciados/as sexualmente declara haber usado preservativo en la primera relación sexual, lo que implica que existe un amplio porcentaje de adolescentes que no han utilizado estos métodos. Sin embargo, se observan diferencias en la prevalencia del uso de algún método, según el estrato socioeconómico, habiendo una relación inversa entre los ingresos medios del estrato y el uso de un método de prevención.

El método de prevención más utilizado durante la primera relación sexual

es el condón, recurriendo a este el 92,8% de los/as adolescentes entre 15 y 19 años de edad que utilizaron algún método. El uso de este método va disminuyendo conforme baja el estrato social, lo que significa que el conocimiento del condón y de otros métodos de prevención es mayor entre los/as adolescentes y jóvenes de los estratos más altos que entre los/as de los más bajos. Esta situación se replica en el caso del uso de algún método de prevención durante la última relación sexual, lo que probablemente se deba a que el lugar más frecuente en donde los/as adolescentes declaran conseguir condones es la farmacia (66,7% entre los/as adolescentes entre 15 y 17 años),

Gráfico 29

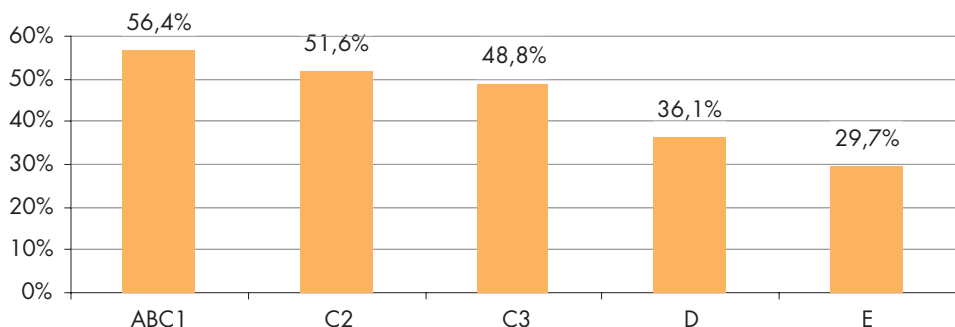
Jóvenes que usaron algún método de prevención durante la primera relación sexual, según estrato socioeconómico, 2007



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile

Gráfico 30

Jóvenes que usaron algún método de prevención durante la primera relación sexual, según estrato socioeconómico, 2007



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile

esto indica que existe un obstáculo económico para el acceso a estos métodos, condición que repercutiría en la relación entre la pobreza y la prevalencia de embarazo en la adolescencia⁵⁰. No obstante, la población adolescente parece estar usando en menor medida los métodos de protección en sus relaciones habituales que hace unos años. Según el Instituto Nacional de la Juventud, de un 24% de jóvenes que declaraban en 1997 no haber usado prevención durante su último encuentro sexual, esta cifra llega a un 42% el año 2003, proporción que sube a más de la mitad cuando el último encuentro sexual se da con un amigo/a, pareja casual, u otra persona, lo que sugiere que el sexo no planificado es especialmente riesgoso en lo que respecta al embarazo en la adolescencia⁵¹.

Existen esfuerzos desde el Estado para incrementar el uso de anticonceptivos, lo que se refleja en que la cobertura de entrega de éstos a adolescentes en el sistema público de salud se ha logrado

ampliar en los últimos años, habiendo aumentado de 111.923 a 137.385 usuarios/as sólo entre el 2005 y el 2007, lo que representa un aumento del 18,5% en sólo 3 años, cifra que sube al 28,3% en el caso específico de los/as usuarios/as a los/as que se les entregó específicamente condones. Pese a esto, aun existen vacíos en la cobertura y, por supuesto, carencias en el uso de métodos anticonceptivos entre los/as adolescentes, las cuáles tienen múltiples causas y orígenes⁵².

Entre las principales razones declaradas para no utilizar un método de prevención entre los/as adolescentes de 15 a 19 años de edad durante su última relación sexual, las más comunes son que *no les gusta usar ningún método de los que conocen* (24,3%), *no pudo conseguir ningún método* (11,6%) y que *no se atrevió a sugerirlo en el momento* (10,7%)⁵³.

Una investigación realizada con adolescentes de la comuna de Talagante, en 2005, señala que entre las principales

⁵⁰ Instituto Nacional de la Juventud. *Op. cit.* 2007.

⁵¹ INJUV (2005). *Cuadernillo temático: Análisis de la sexualidad y maternidad adolescente en Chile*. Chile.

⁵² Departamento de Informaciones y Estadísticas, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

⁵³ INJUV (2007). *V Encuesta Nacional de Juventud*. Santiago, Chile.

motivaciones para no utilizar un método anticonceptivo se encuentra una poderosa motivación por “*vivir el momento*” en ausencia de metas claramente definidas, la creencia de que “*a mí no me va a pasar*”, y la vergüenza en la mujer para solicitar información sobre métodos de prevención⁵⁴.

Este último elemento es también señalado en una investigación de 2005 realizada con adolescentes primigestas en Temuco, las que refirieron que el no uso de los métodos anticonceptivos se debía a que sentían temor a ser puestas en evidencia, principalmente frente a su familia, si acudían a los centros de salud donde se distribuye y explica el uso de estos métodos⁵⁵.

Existen esfuerzos desde el Estado para incrementar el uso de anticonceptivos, lo que se refleja en que la cobertura de entrega de estos a adolescentes en el sistema público de salud se ha logrado ampliar en los últimos años, habiendo aumentado de 111.923 a 137.385 usuarios/as solo entre el 2005 y el 2007, lo que representa un aumento del 18,5% en solo 3 años, cifra que sube al 28,3% en el caso específico de los/as usuarios/as a los/as que se les entregó específicamente condones. Pese a esto, aun existen vacíos en la cobertura y, por supuesto, carencias en el uso de métodos anticonceptivos entre los/as adolescentes, las cuales tienen múltiples causas y orígenes.

Según un estudio realizado por FLACSO para el Ministerio de Salud durante 2007, cuando se trata de consultas por problemas o temas relativos a la sexualidad y salud reproductiva por parte de los/as adolescentes y jóvenes, existe una crítica que se relaciona con una percepción sobre falta de privacidad y confidencialidad, lo que tiende a inhibir a los/as adolescentes. Adicionalmente, muchos jóvenes piensan que los preservativos entregados en los consultorios son de mala calidad, lo que los hace desconfiar de estos⁵⁶.

Por otro lado, en la V Encuesta Nacional de Juventud, solo un 2,5% declaró que no usó un método de prevención porque quería tener un/a hijo/a, lo que demuestra la baja intencionalidad de embarazo dentro de los/as adolescentes, y la escasa concordancia de esto con el uso de estos métodos⁵⁷. Sin embargo, la intencionalidad del embarazo aumenta conforme menor es el estrato socioeconómico. El sueño de la maternidad adolescente podría conectarse con las escasas probabilidades y alternativas de desarrollo económico que se les ofrece a las adolescentes y al mandato popular de asumir los arraigados roles de madre y esposa⁵⁸.

⁵⁴ Winkler, M. I.; Pérez, C.; López, L. (2005). “¿Embarazo deseado o no deseado? Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, Región Metropolitana”. *Revista Terapia Sicológica*, vol. 23 N° 2

⁵⁵ Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D.; Zúñiga, D. (2005). “Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal”. *Revista Sogía*, N° 12(2), pp. 41-48.

⁵⁶ Dides, C.; Benavente, C.; Pérez, S.; Guajardo, A.; Morán, J. M. (2007). Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para MINSAL y UNFPA, Chile.

⁵⁷ *Op. cit.*, INJUV (2007).

⁵⁸ Winkler, M. I.; Pérez, C.; López, L. (2005). “¿Embarazo deseado o no deseado? Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, Región Metropolitana”. *Revista Terapia Sicológica*, vol. 23 N° 2.

> c) Entorno social

Según múltiples estudios, el entorno social resulta ser relevante para los/as adolescentes, por cuanto es considerado como un factor protector o de vulnerabilidad en la prevención del embarazo, según sean las condiciones de este. En el entorno social confluyen una serie de actores, que van desde los/as compañeros/as y amigos/as de la escuela, hasta la familia y los/as profesores/as.

Maruzzella Valdivia y Marta Molina señalaron, en un estudio realizado en 2002, que las adolescentes no madres perciben un apoyo significativamente mayor de parte de sus amigos/as que las adolescentes madres, lo que puede estar relacionado con su inserción en el sistema escolar, lo que a su vez podría operar como un factor protector, es decir, como una variable que incidiría negativamente en la probabilidad de embarazarse. Esto por cuanto el no contar con el apoyo del grupo de pares es mucho más relevante y determinante durante la adolescencia que en la adultez⁵⁹.

Respecto a la familia, el rol de los padres y las madres es fundamental en la prevención del embarazo en la adolescencia. Un estudio realizado en la ciudad de Temuco⁶⁰ señala que la polaridad de los límites establecidos por los padres y las ma-

dres que se manifiesta en aquellas familias que establecen límites estrechos como también en aquellas en las que predomina la “negligencia paterna” es un factor que favorece la generación del embarazo en la adolescencia, dado que frente a una constante restricción de horarios y ante una negativa paterna a que las adolescentes mantengan una vida sexual activa, existe mayor probabilidad para que hayan relaciones sexuales no planificadas y sin protección durante las instancias de encuentro con su pareja. En contraposición a esto, un factor que evitaría la generación del embarazo en la adolescencia sería la presencia de la familia como un agente involucrado que cuida a sus miembros, estableciendo límites claros (la denominada “familia cuidadora”).

Los padres y las madres más educados/as, a su vez, son un estímulo para los proyectos de vida de los hijos y las hijas, y la presencia de una comunicación familiar abierta, franca y en un espacio vital adecuado, son variables que permiten el desarrollo de la autoestima en los/as adolescentes. Estos dos elementos han sido identificados no solo en Chile, sino también en otras partes del mundo, como factores que evitarían el embarazo en la adolescencia⁶¹.

⁵⁹ Valdivia, M. y Molina, M. (2003). “Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años”. *Revista Chilena de Psicología*, vol. XII, N° 12, pp. 85-109.

⁶⁰ Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D.; Zúñiga, D. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Revista Sogía*, N° 12(1), pp. 17-24.

⁶¹ Molina, R.; Molina, T.; González, E. (2007). “Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile”. *Revista Médica de Chile*, enero, vol. 135, N° 1, pp. 79-86.

Otro factor esencial en la prevención del embarazo en la adolescencia, en donde confluye tanto la familia como el colegio, es la educación sexual. Sin embargo, en muchos casos, la sola educación resulta ser insuficiente o ineficiente. Así lo demuestran los resultados de un estudio realizado en 2004 a partir de las fichas clínicas del Programa de Embarazo Adolescente del Departamento de Ginecología y Obstetri-

cia del Hospital Santiago Oriente, donde se concluyó que casi un 80% de las adolescentes embarazadas señalaban haber recibido educación sexual, ya sea en su hogar, lugar de estudios o ambos. En este sentido, resulta relevante indagar en los contenidos de la educación sexual que se está impartiendo, las metodologías utilizadas y el grado de incidencia que esta tiene en los/as adolescentes⁶².

> d) Factores cognitivos y psicológicos

En lo referente a la capacidad cognitiva, un estudio realizado en 2002 concluye que existen diferencias significativas entre las adolescentes madres y las no madres, ya que estas últimas tendrían en promedio un coeficiente intelectual (CI) superior que las primeras. En este sentido, considerando el coeficiente intelectual en términos de edad mental, se puede suponer que un mayor CI implica un mayor avance en las etapas de razonamiento cognitivo. La capacidad de anticipación de las consecuencias de un embarazo no deseado es más posible si se poseen las capacidades de prevención simbólicas propias de un razonamiento más abstracto⁶³.

Otro estudio de 2005 señala que la capacidad reflexiva y el proyecto de vida son factores que evitan la generación de embarazo durante la adolescencia, por cuanto favorecen la generación de conductas resilientes frente a contextos adversos⁶⁴.

Por otra parte, en lo que respecta los factores psicológicos, la percepción de

invulnerabilidad, el egocentrismo y las fantasías propias de la adolescencia aumentarían el riesgo de embarazo en adolescentes, por cuanto la confluencia de estos elementos favorecería el ensimismamiento de estas adolescentes, orientando sus acciones a lo inmediato y a la satisfacción de sus necesidades, sin tener la capacidad o las herramientas para postergarlas.

Asimismo, el “amor romántico”, entendido como un tipo de amor que estimula fuertes emociones y sentimientos intensos en la persona (en muchos casos llegando incluso a la idealización de la misma), caracterizado por la generación de una irresistible atracción sexual y un deseo de contacto físico, se constituye como un elemento importante para el inicio de la actividad sexual asociada con el no uso de métodos de anticoncepción. Esto debido a que la utilización de los métodos anticonceptivos sería entendida por las adolescentes como una falta de confianza hacia la pareja⁶⁵.

⁶² Díaz, A.; Sugg, C.; Valenzuela, M. (2004) “Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa”. *Revista Sogía*, 11(3): 79-83.

⁶³ Valdivia, M. y Molina, M. “Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años”. *Revista Chilena de Psicología*, 2003, vol. XII, N° 12, pp. 85-109.

⁶⁴ Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D.; Zúñiga, D. “Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal”. *Revista Sogía*, N° 12(1), pp.17-24.

⁶⁵ *Idem*.

6. LOS DERECHOS Y EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Cuando en el año 2000 se instituyeron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se estableció que la mayoría de estos estarían referidos o relacionados con la infancia. En este sentido, UNICEF ha planteado que la maternidad en la adolescencia es un problema que afecta y amenaza el avance de siete de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial los referidos a la educación primaria, mortalidad infantil, salud materna y equidad de género, por lo que se convierte en un tema prioritario para el desarrollo de la humanidad, en concordancia con lo planteado en la Declaración del Milenio⁶⁶.

Chile, ya antes del año 2000, había suscrito una serie de convenciones

y acuerdos internacionales relacionados con la protección de los derechos de los/as menores de edad, manifestando con esto un interés en promover el buen desarrollo de este grupo de la población.

A continuación se presentan los principales tratados y acuerdos ratificados por el país que hacen relación con la temática del embarazo en la adolescencia, junto a las políticas y normas que han sido establecidas por el Ministerio de Salud para enfrentar este problema. Finalmente, se hace mención al proyecto de Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el cual está siendo debatido actualmente en el Parlamento chileno.

> a) Tratados y acuerdos internacionales

a.1) Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Un primer tratado firmado por Chile, relacionado con la erradicación del embarazo en la adolescencia no deseado, fue la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) suscrita durante el año 1979 y ratificada por Chile en 1989.

Pese a que todos los artículos están referidos a las mujeres, los que más

destacan hacen relación con las mujeres jóvenes. Así, el Artículo 3 establece la necesidad de tomar todas las medidas, incluyendo las de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, desde el punto de vista de sus derechos humanos y libertades fundamentales, en igualdad de condiciones con el hombre. El Artículo 5 sostiene que los Estados partes se comprometen a establecer medidas que tiendan a *“Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier*

⁶⁶ Acevedo, L. (2007). *Embarazo en adolescentes*. UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm Acceso: octubre, 2008.

otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres” y a la garantía de “que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos”.

El Artículo 12, por su parte, hace mención a la salud de las mujeres, entre las que se considera la salud de las adolescentes. De esta forma, se establece que los Estados deberán adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en lo que respecta a la atención médica, asegurando de este modo el acceso a estos servicios, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia⁶⁷.

a.2) Convención sobre los Derechos del Niño

En 1989, Naciones Unidas estableció los derechos de todos los niños y las niñas, siendo estos ratificados por 191 países hasta la fecha. En el caso de Chile, este suscribió y ratificó la convención en el año 1990. Lo interesante de esta convención es que desde su génesis se instituyó como un instrumento internacional jurídicamente vinculante, vale decir, un instrumento que compromete a los Estados que suscriben a ella a generar acciones concretas para resguardar los derechos de los/as niños y niñas.

La Convención pone especial relevancia en la no discriminación, el interés

superior del niño y la niña, la supervivencia y el desarrollo en la máxima medida posible y la participación de los niños⁶⁸. Uno de los derechos establecidos por esta convención dice relación con el derecho a la educación, el cual se ve amenazado por las situaciones de embarazo en la adolescencia y los factores sociales de vulnerabilidad asociados a este.

a.3) Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo

En esta instancia, celebrada en el año 1994, se respaldó una nueva estrategia que pone énfasis en las relaciones que existen entre el desarrollo y la población, centrándose en la atención de las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres más que en el logro de objetivos demográficos.

Entre los objetivos incluidos, se incorporó la temática de la educación, con especial énfasis en la de las niñas. Con relación a la salud reproductiva y sexual en la adolescencia, y en particular a los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones (según la definición de la Organización Mundial de la Salud) y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, la Conferencia abordó estos temas señalando la necesidad de promover conductas reproductivas y sexuales responsables y saludables.

Se indicó, además, la necesidad de que los servicios de salud protegieran los derechos de los/as adolescentes, a la intimidad, la confidencialidad, el consentimiento, la información, entre otros, respetando los valores culturales y las creencias religiosas, así como derechos, deberes y responsabilidades de los padres y las madres⁶⁹.

⁶⁷ Dides, C.; Márquez, A.; Guajardo, A. y Casas, L. (2007). *Chile. Panorama de sexualidad y derechos humanos*. CLAM, Instituto de Medicina Social, Santiago-Chile IMS, CLAM. Estudio desarrollado por CLAM- FLACSO-Chile 2005-2007.

⁶⁸ *Idem*.

⁶⁹ *Idem*.

> **b) Políticas y normas**

b.1) Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010

Como ya se señaló al principio de este documento, los objetivos sanitarios señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar en el año 2010, constituyendo una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse por el sistema de salud chileno⁷⁰.

En el ámbito de la regulación de la fertilidad se establecieron específicamente tres objetivos:

a) Reducir la inequidad reproductiva generada por las desigualdades de género y la mayor vulnerabilidad de algunos grupos de población (de menor nivel socioeconómico, de pueblos originarios, adolescentes y adultos jóvenes), posibilitando efectivamente que para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, su fecundidad real sea igual a la que desean.

b) Reducir la incidencia del aborto inseguro provocado, mejorando la oferta y la calidad de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, y focalizando los esfuerzos en las mujeres con mayor riesgo de interrumpir voluntariamente su embarazo en condiciones de inseguridad. La prevención de la recurrencia abortiva requiere de una estrecha y permanente coordinación entre los servicios hospitalarios que atienden mujeres por complicaciones de un aborto inseguro y

los establecimientos de atención primaria, donde se entregan los servicios de Regulación de la Fertilidad.

c) Reducir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes por su mayor vulnerabilidad requieren de servicios apropiados y sin barreras de acceso⁷¹.

En este último punto se decretan dos objetivos específicos, a saber: reducir el embarazo no planificado en un 30%, bajando la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años, y bajar la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 a cero.

b.2) Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Esta política tiene como propósito contribuir al máximo estado de bienestar biopsicosocial de la población adolescente y joven en el país, enmarcando este bienestar en la promoción del desarrollo humano.

En este contexto, reconoce que los/as jóvenes y adolescentes han sido sistemáticamente invisibilizados/as en el sistema y las políticas de salud de Chile, por lo cual se hace necesario establecer directrices explícitas para atender sus necesidades. De este modo, la política incluye factores específicos que marcan diferencias al interior de este grupo, tales como el género, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico y las diferencias étnico-culturales.

⁷⁰ Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2002). "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010". *El Vígila*, volumen 5 – N° 15, pp. 2-12

⁷¹ MINSAL, Gobierno de Chile. (2007). *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad*. Santiago, Chile.

La política se enmarca en una serie de principios que la orientan hacia la consecución de sus objetivos, entre los cuales destacan el respeto por la autonomía y la autodeterminación, el derecho al consentimiento informado y a la confidencialidad, el respeto a la diversidad, el principio de la beneficencia, el respeto por el principio de no maleficencia, el principio de justicia y el respeto a los derechos de salud sexual y reproductiva.

b.3) Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad

Estas normas, establecidas por el Ministerio de Salud durante el año 2007, tienen como objetivo contribuir a que cada embarazo sea deseado y fruto de la decisión libre, informada y responsable de ambos progenitores, que la reproducción no interfiera con su desarrollo como individuos y como pareja, sino que sea parte del mismo, y que todas las/os niñas y niños que nazcan en el país tengan iguales oportunidades de desarrollarse plenamente en un ambiente afectuoso y seguro.

Estas normas fueron elaboradas en conjunto con instituciones y organizaciones de la sociedad civil como una herramienta para contribuir a alcanzar los Objetivos Sanitarios, a mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen y resguardar el ejercicio de los derechos que la legislación nacional reconoce a las personas⁷².

b.4) Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual

En abril del año 2004, el Ministerio de Salud generó estas normas con el fin de enfrentar la violencia sexual y atenuar los daños y secuelas que se producen en las víctimas de violencia sexual, especialmente las más vulnerables. En este sentido, se asume la responsabilidad de aumentar la capacidad de los establecimientos y profesionales del sistema de salud público y privado del país para prevenir y detectar la violencia sexual, así como para tratar y rehabilitar oportunamente a sus víctimas con intervenciones de la calidad necesaria.

Así, estas normas establecen, entre otras cosas, que si la víctima es una adolescente o una mujer adulta, tiene derecho a ser informada de manera adecuada, que existe una forma efectiva y segura de prevenir el embarazo no deseado como producto de la agresión, para que decida libremente si usarlo o no, incluso en los casos donde la víctima haya estado utilizando algún anticonceptivo en forma regular al momento de sufrir la violación. Así, se considera que la Anticoncepción Hormonal de Emergencia es un método validado por estas normas para ser utilizado en caso de violación⁷³.

b.5) Normas para la Consejería en la Atención en Salud Sexual y Reproductiva

El Ministerio de Salud se encuentra actualmente en proceso de elaboración de estas normas. Sin embargo, existe una propuesta elaborada, la que define que la finalidad de estas normas es el fortalecimiento de las capacidades resolutivas de los/as adolescentes en los campos

⁷² MINSAL, Gobierno de Chile. (2007). *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad*. Santiago, Chile.

⁷³ MINSAL, Gobierno de Chile (2004). *Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual*. Santiago, Chile.

de la reproducción, la afectividad y la sexualidad, asegurando la equidad tanto en el acceso a los servicios de anticoncepción como a la información y educación sobre sexualidad y afectividad.

La consejería en salud sexual y reproductiva a los/as adolescentes en los servicios de salud es entendida como una relación de ayuda psicosocial personalizada, que se establece entre una persona integrante de los equipos de salud (prestador/a de servicios) y un adolescente –hombre o mujer–, con el propósito que esta última fortalezca sus capacida-

des para tomar decisiones libres, informadas, responsables y coherentes con sus convicciones en materias de uso de anticoncepción, habida cuenta de sus derechos individuales y sociales⁷⁴.

Entre otras cosas, estas normas pueden llegar a resultar relevantes en la prevención del embarazo en la adolescencia, dado el temor que existe entre los/as adolescentes por consultar en los servicios de salud por métodos anticonceptivos, tal como se veía en secciones anteriores.

> **c) Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**

Durante el mes de julio del año 2008, ingresó al Parlamento chileno el Proyecto de Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, fruto del trabajo concertado de diversas organizaciones de la sociedad civil y de un grupo de parlamentarios/as.

El Proyecto tiene por objeto (1) establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad internacionalmente comprometida en relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres; (2) señalar cómo estos derechos representan no solo el cumplimiento de obligaciones internacionales, sino que también la materialización

de los derechos fundamentales incorporados al ordenamiento jurídico vigente, tanto aquellos emanados de los tratados de derechos humanos ratificados por nuestro país y actualmente vigentes, así como los expresados en el propio texto constitucional que involucran aspectos de la sexualidad y la reproducción. El proyecto también tiene por finalidad sistematizar y dar contenidos específicos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en el entendido que se trata de temas importantes para la sociedad chilena⁷⁵.

⁷⁴ MINSAL, Gobierno de Chile (s.f.). *Propuesta de Normas para la Consejería en la Atención en Salud Sexual y Reproductiva*. Santiago, Chile.

⁷⁵ República de Chile, Boletín N° 5933-11, ingresada al Parlamento el 1 de julio de 2008.

Bibliografía

- Acevedo, L. (2007). Embarazo en adolescentes. UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm Acceso: octubre, 2008.
- Buvinic, M. (1998). Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Population Council.
- CEM, CEDM, CLADEM, *et al.* (2006). Informe Sombra CEDAW Chile 2003-2006. Recuperado de <http://www.minjusticia.cl/pmg/documentos/informe%20sombra%200306.pdf> Acceso: octubre de 2008.
- Comité Editor (2007). "Maternidad adolescente: un tema preñado de consecuencias". En Desafíos (CEPAL, UNICEF), N° 4, enero.
- Diario *El Mercurio*, domingo 23 de diciembre. A-29.
- Díaz; A. Sugg; C. Valenzuela, M. (2004). "Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa". Revista Sogía; 11(3): 79-83.
- Dides, C; Márquez, A; Guajardo, A; Casas, L. (2007). Chile. Panorama de sexualidad y derechos humanos. CLAM, Instituto de Medicina Social, Brasil, Santiago-Chile, IMS, CLAM. Estudio desarrollado por CLAM- FLACSO-Chile 2005-2007.
- Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007). Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA realizadas desde 1990 al 2007. Estudios sobre Embarazo Adolescente, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para UNFPA con apoyo técnico de OPS-Chile, Santiago, diciembre.
- Dides, C; Benavente, C.; Guajardo, A; Pérez, S.; Morán, J. (2007). Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para Ministerio de Salud, Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, y UNFPA.
- Estrategia IMAN (Integración del manejo de los adolescentes y sus necesidades). <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-iman.htm>

- Faúndez, A.; Barzelatto, J. (2005). El drama del aborto. Ediciones del Grupo TMSA. Colombia.
- ICMER (2007) Derechos Sexuales y Reproductivos en el contexto de los Derechos Humanos. S. Díaz, L. Casas, V. Schiappacasse, C. Dides. Presentación power point.
- INE, CEPAL (s.f.). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago, Chile
- INE (2004). Mujeres chilenas. Tendencias en la última década. Chile.
- INE (2008). Estadísticas vitales. Informe Anual 2005. INE, Santiago, Chile.
- INE (2008) Estimaciones poblacionales del INE, Recuperado en www.ine.cl Accesado en octubre de 2008.
- INJUV (2002). La eventualidad de la inclusión. Jóvenes chilenos a comienzos del nuevo siglo. Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Santiago.
- INJUV (2005). Cuadernillo temático: Análisis de la sexualidad y maternidad adolescente en Chile. Chile.
- INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud. [CD-ROM]. Santiago, Chile.
- Madrid, S. (2006) "Paternidades adolescentes y ordenamiento de género en Chile". En Revista del Observatorio de la Juventud Número, junio, vol.3, N° 10, pp. 40-49.
- MIDEPLAN (2006). Encuesta CASEN 2006, Santiago, Chile.
- MIDEPLAN (2005). Adolescentes y jóvenes que abandonan sus estudios antes de finalizar la enseñanza media: Principales Tendencias. Santiago, Chile.
- MINSAL, Gobierno de Chile (2004). Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual. Santiago, Chile.
- MINSAL, Gobierno de Chile (2006). Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2006. Santiago, Chile.
- MINSAL, Gobierno de Chile (2007). Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad. Santiago, Chile.
- MINSAL, Gobierno de Chile (s.f.). Propuesta de Normas para la Consejería en la Atención en Salud Sexual y Reproductiva. Santiago, Chile.

- MINSAL, Gobierno de Chile (2002). "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010". El Vigía, volumen 5 – N° 15, pp. 2-12.
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social; Organización Internacional del Trabajo, OIT (2003). Encuesta Nacional sobre Actividades de Niños y Adolescentes en Chile. Chile. Recuperado de <http://www.trabajoinfantil.cl/resultados.html>. Accesado en octubre del 2008.
- Molina, M. Ferrada, C. Pérez, R. *et al.* (2004) "Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar". Revista Médica de Chile, enero, vol. 132, N° 1, pp. 65-70.
- Molina, R. (2002). "Adolescencia y embarazo: Un problema emergente en salud pública". En Molina R. y González E., Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Mediterráneo, Chile.
- Molina, R. Molina, T. y González, E. (2007). "Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile". Revista Médica de Chile, enero, vol. 135, N°1, pp. 79-86.
- Olavarria, J. *et al.* (2006). Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno. Ministerio de Educación, FLACSO-Chile, Chile.
- Olavarria, J.; Madrid S. (2004) Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe. FLACSO-UNFPA, México.
- Palma, I. (2001) Salud y Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes en el contexto de la Reforma de salud en Chile, Documento OPS/OMS, Proyecto Equidad, Género y Reforma de la salud en Chile, Santiago de Chile.
- Palma, I. (2003). "Paternidades entre lo jóvenes: la "evasión" como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente", en Varones Adolescentes: Género, Identidades y Sexualidades en América Latina. UNFPA, FLACSO-Chile, Red Masculinidad/es Chile. Santiago, Chile.
- Pérez, L. M. (1994). Embarazo en adolescentes rurales. Provincia de Curicó/CORSAPS.
- Poo, A. M.; Baeza, B; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D. ; Zúñiga, D. (2005). "Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal". Revista Sogía, N° 12(2), pp. 41-48.
- República de Chile, Boletín N° 5933-11, ingresada al Parlamento el 1 de julio de 2008.

- Salvatierra, L.; Aracena, M.; Ramírez, P.; Reyes, L.; Yovane, C.; Orozco, A.; Lesmes, C.; Krause, J. (2005). "Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud". En: Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 14(1), pp. 141-152.
- SERNAM (2001). Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile. Documento elaborado por I. Palma.
- SERNAM (2004). Estudio de violencia en jóvenes. Santiago.
- Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), 2005. Accesado en <http://www.sinim.cl/> Recuperado: septiembre 2008.
- Schiappacasse, V.; V. Vidal, P.; Casas, L.; Dides, C.S. Díaz (2003). Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos por Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)/Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). Santiago - Chile
- UNFPA (2005). "La travesía sin mapas: adolescentes, pobreza y género" en Estado de la Población Mundial 2005. Recuperado de <http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch5/index.htm> Accesado: octubre 2008.
- Valdivia, M. y Molina, M.(2003). "Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años". Revista Chilena de Psicología, vol. XII, N° 12, pp. 85-109.
- Winkler, M.; Pérez, C.; López, L. (2005). "¿Embarazo deseado o no deseado? Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, Región Metropolitana". Revista Terapia Sicológica, vol. 23, N° 2.