

**Primer Informe
Salud Sexual
Salud Reproductiva y
Derechos Humanos
En Chile**



II.

Embarazo adolescente

Por **Claudia Dides, Constanza Fernández**

Introducción

La población adolescente se encuentra dentro de los grupos sociales más vulnerables, debido a las escasas posibilidades y oportunidades que cuentan para un desarrollo autónomo en distintos ámbitos de su vida. Se exponen por ejemplo a relaciones sexuales sin consentimiento, pueden ser víctimas de abuso sexual, no acceden a información adecuada en torno a la prevención, o inician relaciones sexuales sin protección. Se suma a esto la existencia de barreras para que puedan acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva en el sector público¹.

El embarazo adolescente trae importantes implicancias en la salud de las madres y padres adolescentes, como también de los recién nacidos, lo cual afecta la salud pública y el desarrollo de la sociedad². 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 existe una alta proporción de embarazos en la adolescencia no son deseados y son originados, muchas veces, por abusos sexuales³. Implican además, grandes desigualdades de género, ya que la responsabilidad de la maternidad se le adjudica netamente a la mujer.

La maternidad adolescente afecta en mayor medida a mujeres en situación de pobreza y con menor nivel educativo. Las adolescentes que se embarazan tienden a dejar la escuela, y se someten

En América Latina, el 50% de las madres que registraba baja escolaridad tuvo su primer hijo/a antes de los 20 años.

UNFPA (2014)

a trabajos de baja productividad, bajos salarios y sin cobertura de seguridad social, limitándoles su crecimiento personal, lo que les afecta no sólo a ellas, sino también a su familia y entorno. También destacar que dicha situación afecta a un deficiente estado de salud de los hijos/as de las madres y padres adolescentes. Las madres adolescentes menores de 19 años demuestran un comienzo tardío del cuidado prenatal y un menor número de visitas antenatales⁴.

Existen dos enfoques predominantes sobre salud sexual y salud reproductiva para la población adolescente: el de subordinación y el de factores de riesgo. En el primero los/as jóvenes son considerados como un grupo dependiente, limitado y excluido de la participación; son constantemente controlados por adultos que definen el marco dentro del cual deben actuar, controlando sus recursos materiales y psicosociales. El segundo enfoque centra su atención en las principales áreas de riesgo para la salud asociado a ciertas patologías, provocando una etapa de “peligro”. Según la OMS muchos problemas de salud durante el embarazo en adolescentes pueden estar asociados a resultados adversos como por ejemplo la anemia, VIH/SIDA; enfermedades de transmisión sexual (ITS), hemorragia post parto y condiciones mentales como la depresión⁵.

Desde el aspecto biológico, las consecuencias de iniciar tempranamente una sexualidad sin contemplar los factores de riesgo, pueden implicar un embarazo no deseado, un aborto, ITS, VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino y a largo plazo, cáncer a la próstata e infertilidad. Desde la esfera psicosocial, estas implicancias se pueden relacionar a la

1 Claudia Dides, Socióloga, Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Directora Corporación Miles. Constanza Fernández, Socióloga, Diplomada en Universidad Diego Portales, Coordinadora Área de Investigación Corporación Miles.

2 Ministerio de Salud (2015) Informe de Sistematización. VI Reunión Nacional del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile.

3 Dides, C. Benavente, C. Morán, J.M. (2008) Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, Programa Género, FLACSO. Chile, UNFPA. Chile. Se recomienda ver: Gómez, P.; Molina, R. y Zamberlin, N. 2010. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe, FLASOG.

4 Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA (2014) Prevención del embarazo adolescente. Una mirada completa. Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

5 Organización Mundial de la Salud (2015) La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030).

deserción escolar, bajos niveles de logro educacional, empleos con menos ingresos, dificultad en la crianza de sus hijos/as, y una serie de sentimientos que se contraponen con su derecho a decidir libremente, sin coercitividad del entorno social; ente ellos, sentimientos de culpa, vergüenza, discriminación, vulnerabilidad económica, entre otros.

Durante el 2005 el riesgo de las adolescentes en América Latina menores de 16 años de morir durante el embarazo, parto y post parto es cuatro veces mayor que en mujeres mayores de 20 años. Además, los hijos e hijas nacidos de mujeres menores de 15 años tienen un 50% más de riesgo de muerte neonatal temprana, en comparación con los niños nacidos de mujeres entre 20 y 24 años de edad.

Conde-Agudelo et al., (2005) American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Tabla N°1: Población adolescente estimada al 30 de junio, por sexo según grupos de edad, Chile 2014.

Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
15 a 19 años	1.346.539	688.256	658.283
20 a 24 años	1.480.522	752.828	727.694

Fuente: Corporación Miles a partir de datos obtenidos en Instituto Nacional de Estadísticas, 2016.

De acuerdo a las proyecciones y estimaciones de población del INE entre los años 1990 y 2020⁷, para el 2020, se proyecta un total de 3.859.275 adolescentes, correspondientes al 21% de la población total. La mayor cantidad de población joven según estrato socioeconómico se encuentra en los niveles bajo D (39,0%) y medio bajo C3 (30,0%). Existen más hombres que mujeres en tramos de mayores ingresos, es decir en el nivel ABC1; C2 y C3.

Sólo un 7,0% de la población joven pertenece a un pueblo indígena, identificándose en su mayoría con el pueblo Mapuche (81,4%), quienes se concentran en niveles socioeconómicos más bajos lo que indica una mayor vulnerabilidad social.

Según la Encuesta del 2012 del INJUV existen grandes problemáticas en materia educacional, ya que un 52,6% de los jóvenes entre 20 a 24 años ya no se encuentra estudiando. También es posible observar brechas de género, ya que más hombres (53,4%) que mujeres (47,1%) declaran estar estudiando. Las razones para no estudiar son: 38,2% señala que es por trabajar o estar buscando empleo, seguido de un 37,5% por problemas o necesidades económicas personales. Un 8,3% señala que abandonaron los estudios por embarazo o embarazo de la pareja, siendo más mujeres (12,2%) que hombres (4,1%)⁸.

Estado de situación

Caracterización de la población adolescente

En el año 2014 según el INE en Chile había 1.346.539 personas que tenían entre 15 a 19 años, siendo 688.256 hombres y 658.283 mujeres. El grupo de población de 20 a 24 años concentra un total de 1.480.522 personas, de las cuales 752.828 son hombres y 727.694 mujeres. Existen más hombres que mujeres adolescentes en ambos grupos de edad⁶.

⁶ Desde un abordaje demográfico de la juventud, la OMS establece que la adolescencia se sitúa en personas que tienen entre 10 a 19 años, y la juventud entre 15 a 24 años. Para efectos de este informe, utilizaremos la categorización de 15 a 19 años y de 20 a 24 años de edad, ya que en estos tramos es posible considerar las diferencias en el desarrollo biológico y psicológico en los contextos socio-culturales de las y los adolescentes y jóvenes.

⁷ Instituto Nacional de Estadísticas (s/f). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. 1990-2020 País y Regiones. Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/EstadisticasDemograficas/DEMOGRAFIA.pdf>

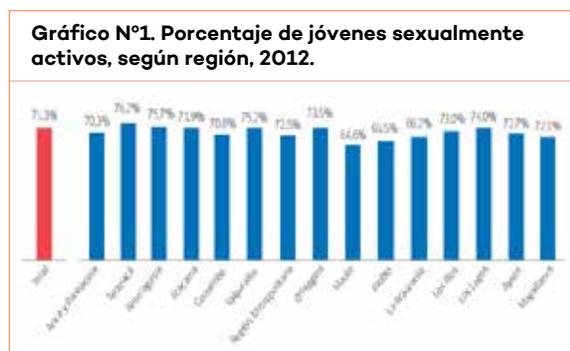
⁸ Instituto Nacional de la Juventud; Ministerio de Desarrollo Social (2012) Séptima Encuesta Nacional de Juventud 2012. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf

Durante el año 2012⁹ existe un total de 133 defunciones en adolescentes, correspondiendo 94 defunciones a hombres y 39 a mujeres. El total de muertes en hombres de 10 a 19 años fue de una tasa de 0,5 por cada 1000 hombres, en el caso de las mujeres corresponde a una tasa de 0,2 por cada 1.000 mujeres de esa edad¹⁰.

El inicio de la actividad sexual se ha constituido en edades más tempranas en la población adolescente chilena. Según el INJUV¹¹, un 63% de los jóvenes se ha iniciado sexualmente, y el 71% de la población joven se encuentra sexualmente activa, registrando en promedio 1,6 parejas sexuales en los últimos 12 meses. Se observan diferencias según sexo, los hombres registran un promedio de 1,8 parejas, mientras que las mujeres 1,3. Las personas que tienen más de dos parejas sexuales pertenecen en su mayoría al nivel socioeconómico alto (15%), y en un 10% pertenecen al nivel socioeconómico bajo.

A través de esta evidencia estadística, se puede inferir que el inicio de las primeras relaciones sexuales no se condice con la práctica reproductiva, como tampoco se inicia en el matrimonio. Esto demuestra que las personas jóvenes poseen más de una pareja sexual a lo largo de su vida¹².

Las regiones con mayor proporción de jóvenes sexualmente activos corresponden a Tarapacá, Antofagasta y Valparaíso (superior al 75%), tal como se indica el siguiente gráfico:



Fuente: INJUV, 2012.

El porcentaje de jóvenes sexualmente activos tuvo una tendencia a aumentar entre el periodo 1997-2003; y luego se mantiene variable. Existe una disminución del porcentaje de población joven sexualmente activa entre el 2009 y el 2012. En el gráfico N°2 se observa una curva ascendente hasta los 22 años y luego registra una tendencia hacia la estabilización.



Fuente: INJUV, 2012.

Los hombres representan un mayor porcentaje de personas sexualmente activas en comparación con las mujeres. No obstante, es importante destacar que esta diferencia ha ido disminuyendo en el tiempo según las últimas mediciones. Los datos registrados en la Encuesta Nacional de Juventud 2006 muestran que la diferencia entre hombres y mujeres iniciados sexualmente es significativa, alcanzando los 6 puntos porcentuales (75% y 69%, respectivamente), mientras que en la última medición la diferencia entre ambos no es estadísticamente significativa (3 puntos)¹³.

Para el 2015 el promedio de edad de inicio de actividad sexual en hombres es de 16,4 años y en mujeres de 17,1 años de edad. A menor nivel socioeconómico, disminuye la edad promedio en que las personas inician su actividad sexual.

MINSAL, 2015

9 Op. Cit; Minsal, 2015.
 10 Ministerio de Salud (2011) Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile 2011. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital.
 11 Op. Cit; INJUV, 2012.
 12 Ibíd.

13 Instituto Nacional de la Juventud; Ministerio de Desarrollo Social (2012) Séptima Encuesta Nacional de Juventud 2012. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf

Respecto al uso de métodos de prevención de embarazos e infecciones y/o enfermedades, un 88% de la población joven ha utilizado algún tipo de prevención en su última relación sexual, siendo el condón (49%) y las pastillas anticonceptivas (38%) los métodos de mayor uso. Si se comparan estos resultados con los del año 2006 es posible concluir que hay un aumento en su uso. En la actualidad existe una mayor proporción de mujeres que usan métodos de prevención en comparación con los hombres.

La principal razón de uso de métodos es para prevenir un embarazo (81%), y para prevenir enfermedades de transmisión sexual (57%) y VIH/SIDA (54%), existiendo un significativo aumento en comparación con los años anteriores. Respecto el nivel socioeconómico y el uso de métodos preventivos, se observa que los segmentos más altos señalan haber utilizado algún método de prevención en su última relación sexual, correspondiente al 94%, mientras que en el NSE más bajo esto ocurre en un 85% (gráfico N°3).

Gráfico N°3: Razones de uso del condón en la última relación sexual (%). Muestra: jóvenes que declaran haber usado condón en la última relación sexual.

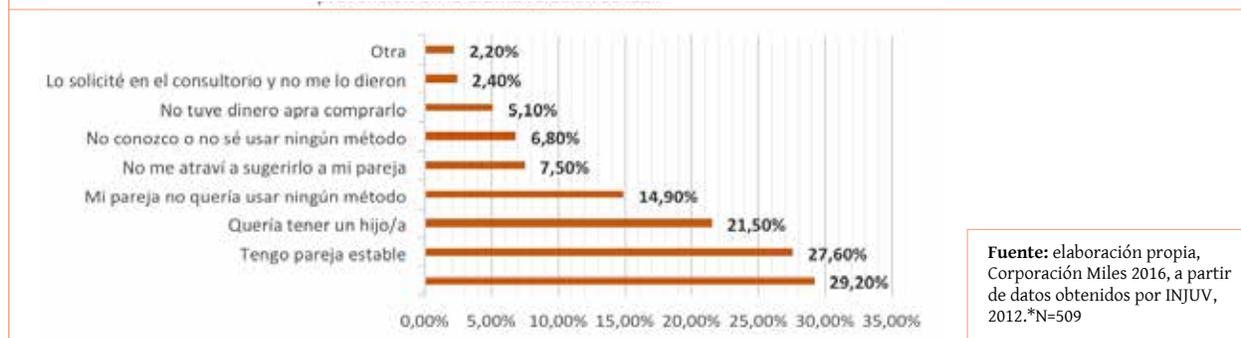


Fuente: elaboración propia, Corporación Miles, 2016. A partir de datos obtenidos por INJUV, 2012.

Entre las razones de no uso de MAC la primera es porque no le gusta usarlos con 29%; en segundo lugar por tener una pareja estable (27%) y en tercer lugar por querer tener un hijo/a (22%), como se muestra en el gráfico N° 4.

Existe un aumento de adolescentes de 10 a 19 años que se controlan entre el periodo 2009 y 2013, de un 12,4% a un 13,9% respectivamente. Si bien ha aumentado es importante mencionar que es en esta etapa donde se da inicio a la actividad sexual,

Gráfico N°4: Razones de no uso de métodos de prevención en la última relación sexual (%) Muestra: jóvenes que declaran no haber usado métodos de prevención en la última relación sexual.



Fuente: elaboración propia, Corporación Miles 2016, a partir de datos obtenidos por INJUV, 2012.*N=509

Tabla N°2: Población adolescente de 10-19 años bajo control 2015.

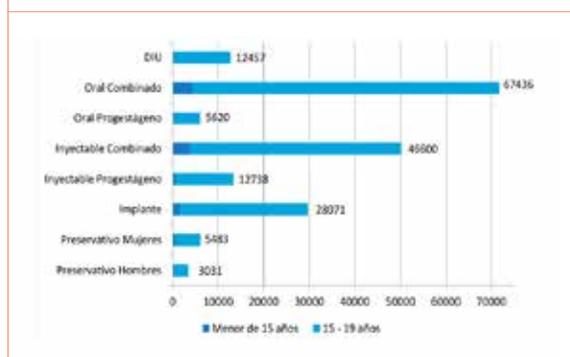
Año	Total población bajo control	Menor de 15 años	15 - 19 años	Total población bajo control 10-19 años	Porcentaje total población bajo control 10-19 años
2013	1.368.298	10.459	180.013	190.472	13,9%
2012	1.338.444	12.767	172.850	185.617	13,8%
2011	1.257.226	6.917	161.856	168.773	13,4%
2010	1.237.670	5.453	153.118	158.571	12,8%
2009	1.198.048	4.784	143.331	148.115	12,4%

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016, a partir de datos obtenidos en DEIS, Minsal 2015.

sigue bajo control sólo un 13,9%, además los datos evidencian un bajo porcentaje de población en control a partir de los 15 años.

En el año 2014 la población adolescente bajo control entre 15-19 años que usan algún método anticonceptivo señala que la mayoría utiliza el método oral combinado (67.437), seguido del método inyectable combinado (46.600), el implante (28.071), inyectable progestágeno (12.738), del método DIU (12.457), oral progestágeno (5.620), preservativo de mujeres (5.483) y finalmente preservativo de hombres (3031). La misma secuencia se produce en adolescentes menores de 15 años.

Gráfico N°5: Distribución de la población bajo control adolescente, según método de regulación de la fertilidad, 2014.



Fuente: Programa de la Mujer, Minsal, 2014.

Al comparar las Encuestas Nacionales del INJUV del 2009 con la última realizada el 2012, se observa lo siguiente: tanto el dispositivo intrauterino como los inyectables son los menos usados por las jóvenes.

Según datos entregados por el diario La Tercera¹⁴ el Minsal señala que las adolescentes que usan alguna forma de regulación de la fecundidad pasó de 184.628 jóvenes, en 2012, a 193.399 usuarias del sistema, en 2014. Las menores de 15 años que utilizan estos métodos llegan a 11.866 y entre las de 15 a 19 años a 181.533.

¹⁴ Baja embarazo adolescente y sube uso de “píldora del día después” entre jóvenes.

Ver en: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/02/680-617933-9-baja-embarazo-adolescente-y-sube-uso-de-pildora-del-dia-despues-entre-jovenes.shtml>

También está garantizado el acceso a la “píldora del día después” en la red pública, cuya entrega ha crecido: en 2013 se entregaron 3.653 unidades a jóvenes de entre 15 y 19 años, mientras que en 2014 fueron 4.193 dosis.

El uso de este anticonceptivo también aumentó en niñas entre 10 y 14 años. El 2013 fueron 472 adolescentes las que lo solicitaron, mientras que el año pasado fueron 664.

Embarazo adolescente

De acuerdo a la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia (SOGIA)¹⁵, el embarazo adolescente constituye una problemática multidimensional que tiene un impacto biopsicosocial. Esto conlleva a problemas de autoimagen corporal, en el derecho de identidad, definición de roles, lo cual en su forma agravada se vincula a tasas de mortalidad infantil más altas que en los demás grupos etarios, deserción escolar temprana y en general perpetuación del círculo de pobreza.

Uno de los grandes obstáculos que reflejan las estadísticas es que la tasa de embarazo adolescente no registra el total de embarazos llegados a término. Por tanto es prioritario que esta problemática se diagnostique a través de las tasas de fecundidad en adolescentes. La tasa de fecundidad se mide por hijos/as vivos corregidos en mujeres en edad fértil, es decir en mujeres que tienen entre 15 a 45 años de edad.

En el 2015 se detectó una disminución de 4 puntos en la tasa de embarazo adolescente, correspondiente a más de 3.200 embarazos menos en mujeres que tienen entre 15-19 años, lo cual se condice con el mayor acceso a los métodos anticonceptivos, y un aumento en el uso de la Anticoncepción de Emergencia entre jóvenes y

¹⁵ Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia (2011) Anticoncepción en adolescentes ¿qué dicen las leyes? Impacto de las leyes 19927 y 20218 en la atención en salud de las adolescentes al consultar por anticoncepción. Santiago, Chile.

adolescentes¹⁶. El MINSAL da cuenta de una caída en la tasa de fecundidad general, que se determina por múltiples cambios socioeconómicos, culturales, de género y tecnológicos. No obstante, la fecundidad juvenil presenta una tendencia a la estabilización, la tasa de fecundidad del grupo de jóvenes de 15 a 19 años ha tendido a permanecer constante¹⁷. No obstante, el porcentaje total de nacidos vivos de madres adolescentes entre 10-19 años demuestra ascenso entre el 2005-2010.

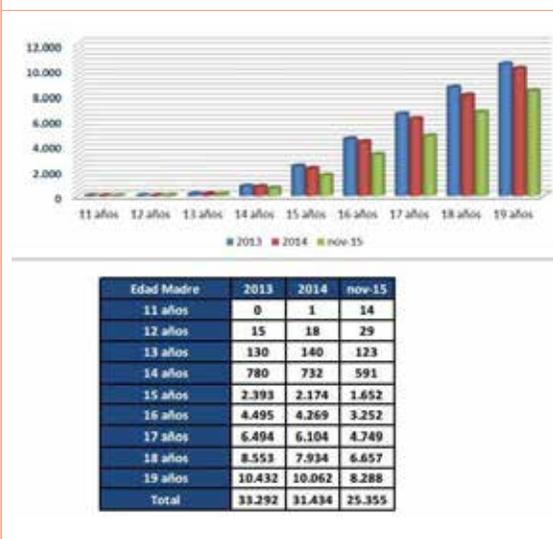
El Registro Civil en su información ingresada al 31 de agosto del 2014¹⁸, registra 175.761 nacimientos para ese año. Según el MINSAL hasta noviembre del 2015 nacieron 166 niños y niñas con madres menores que tienen entre 11 a 13 años, mostrando un aumento considerable en las madres de 11 años. Al respecto, en el siguiente cuadro comparativo entre los años 2013-2015, es posible observar a modo general que la cantidad de embarazos adolescentes ha disminuido en estos 3 años. No obstante, al analizar cada año de la madre adolescente, se desprende que las madres de 11 años han aumentado de 0 en el 2013 a 14 en el 2015. Asimismo, en el 2013 se registraron 15 madres de 12 años, cifra que asciende a 29 madres de 12 años en el 2015.

En síntesis, es posible inferir que si bien ha disminuido la cantidad de madres sin embargo, en las menores de 15 años se ilustra una grave problemática debido a los significativos aumentos de madres adolescentes

Según el INJUV, el 21% de las y los jóvenes que se encuentran sexualmente activos ha experimentado un embarazo no planificado, presenciándose mayor porcentaje de mujeres jóvenes que viven un embarazo no planificado (28%) en comparación con hombres jóvenes (16%). Más de la mitad de las personas jóvenes ha señalado haber vivido un embarazo no planificado antes de cumplir 20 años, representando un 55%. Respecto los resultados sobre maternidad/paternidad de

personas jóvenes, el 32% declara tener al menos un hijo/a. Se observa un aumento en la brecha de maternidad/paternidad según sexo, en el tramo de edad 25 a 29 años el 67% de las mujeres menciona ser madre a diferencia de un 43% de los hombres que son padres a esa edad.

Gráfico N°6: Madres Adolescentes, 2015.



Fuente: Registro Civil, 2015.

Tabla N°3: Madres adolescentes, Servicio Registro Civil, 2015.

Edad Madre	2013	2014	Nov-2015
11 años	0	1	14
12 años	15	18	29
13 años	130	140	123
14 años	780	732	591
15 años	2.393	2.174	1.652
16 años	4.495	4.269	3.252
17 años	6.494	6.104	4.749
18 años	8.553	7.934	6.657
19 años	10.432	10.062	8.288
Total	33.292	31.434	25.355

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016. A partir de datos del Registro Civil. Estadísticas con Enfoque de Género. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. 2015.

(*)Información de madres adolescentes, contiene los niños nacidos en Chile, los niños Chilenos nacidos en el extranjero y los niños de extranjeros nacidos en el extranjero.

(*)Información elaborada a partir de la extracción de la Base de Datos del Servicio de Registro Civil e Identificación.

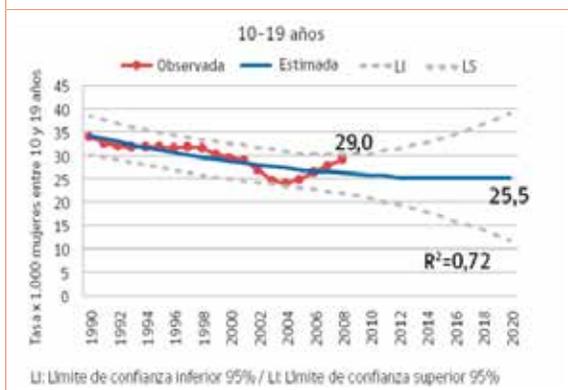
16 Op. Cit.; Minsal, 2015.

17 Minsal 2011. INJUV 2012

18 Servicio de Registro Civil de Chile. Inscripciones Registro Civil. Información ingresada al 31 de agosto por la Subdirección de Estudios y Desarrollo. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.registrocivil.cl/Servicios/Estadisticas/Archivos/InscripcionesRCivil/inscrip.html>

De acuerdo a las diferencias entre las tendencias observadas y estimadas, se desprende que a lo largo de los años existe una tendencia a disminuir esta diferencia, ya que la tasa estimada es menor a la tasa observada entre los grupos 10-14; 15-19 y 10-19 años de edad¹⁹.

Gráfico N° 7: Tendencia embarazo adolescente 10-19 años, observadas 2000-2008 y estimada 2010-2020



Fuente: DEIS

De acuerdo al INJUV en el 2012, un 53% de jóvenes que han sido madres/padres viven con al menos uno de sus padres, cifra que disminuye a un 45% en jóvenes que han tenido hijos/as y que tienen entre 20-29 años de edad. La población adolescente que ha experimentado una maternidad/paternidad presenta menores niveles de estudio en comparación con quienes no tienen hijo/as, ya que sólo un 16% de quienes han sido madres/padres adolescente están cursando un nivel de educación superior o la han completado. Las personas que no trabajan ni se encuentra estudiando y son madre/ padre representan en su mayoría a jóvenes de niveles socioeconómicos más bajos, siendo principalmente mujeres de NSE bajo (68%).

En Chile, el 16% de las/os jóvenes han vivido algún tipo de violencia en su relación de pareja, siendo la más experimentada la violencia de tipo psicológica (15%), la violencia física (7%) y la de tipo sexual (1%). Por tanto, se puede inferir que muchos hijos/as de madres y/o padres adolescentes se encuentran inmersos en este contexto de violencia.

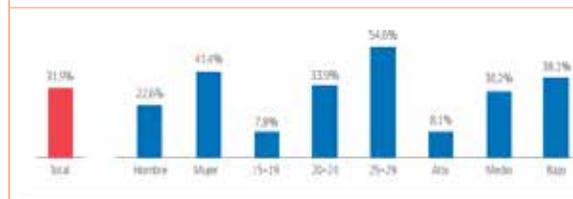
La condición se maternidad/paternidad en la juventud se concentra mayormente en segmentos sociales con menor nivel educacional, menos condiciones socioeconómicas, y por ende menos información y acceso a los métodos de prevención.

MINSAL 2015

Esta problemática se presenta de manera desigual también según estrato socioeconómico, ya que las y los jóvenes de nivel socioeconómico bajo han experimentado un embarazo no planificado son casi el doble en comparación con jóvenes que pertenecen a un estrato socioeconómico alto (23% y 12% respectivamente). La mayor proporción de jóvenes padres y/o madres se concentra en el nivel socioeconómico bajo y medio, correspondiente a un 38% y 30% respectivamente.

A mayor nivel socioeconómico disminuye la tenencia de hijos/as, lo cual se evidencia con sólo un 8,1% de la población joven ABC1 que tiene hijos/as.

Gráfico N° 8: Tendencia de hijos/as, según edad y nivel socioeconómico, 2012.

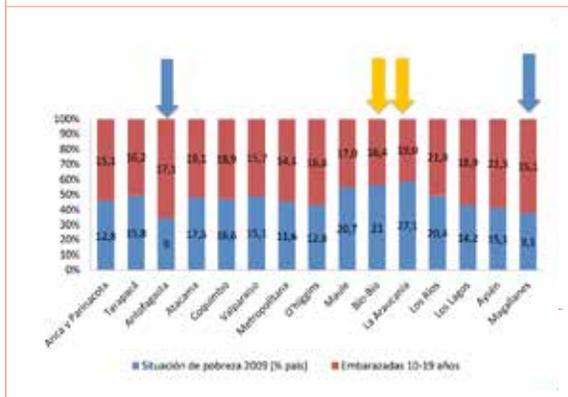


Fuente: INJUV, 2012.

Las regiones con mayor porcentaje en situación de pobreza en el 2009, se condicen con altos porcentajes de embarazo adolescente del tramo de edad de 10 a 19 años. Un ejemplo de ellos es que en la IX región de la Araucanía presenta el porcentaje más alto de situación de pobreza (27,1%), y también presenta altos porcentajes de embarazo adolescente (19%), al igual que región del Biobío con una situación de pobreza de un 21% y un 16,4% de embarazadas adolescentes.

¹⁹ Ministerio de Salud, (s/f). Situación Epidemiológica del Embarazo Adolescente en Chile. Subsecretaría de Salud Pública DIPRECE. Departamento Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Gráfico N° 9: Porcentaje de embarazos adolescentes (10 a 19 años), según situación de pobreza regional, Chile 2009.

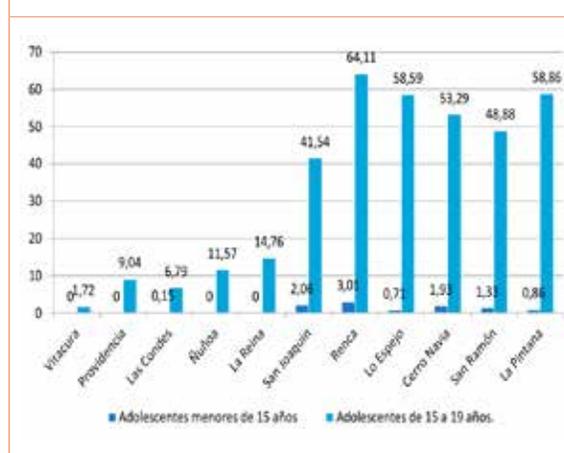


Fuente: Casen 2009, DEIS, Minsal 2009.

En síntesis, el embarazo adolescente produce una situación de inequidad social, existiendo regiones y comunas que poseen tasas más altas que otras. Existe una diferencia significativa entre la proporción de hijos/as de madre adolescente entre comunas de nivel socioeconómico bajo y las de nivel socioeconómico alto²⁰.

En el gráfico 10 se observa que las tasas de fecundidad de adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años según comunas de la Región Metropolitana en el 2014, donde se observa que las comunas de Renca (64,11), La Pintana (58,86), Lo Espejo (58,59), Cerro Navia (53,29), San Ramón (48,88) y San Joaquín (41,54) son las comunas que presentan porcentajes más altos de jóvenes y adolescentes que son madres o padres y que tienen entre 15 a 19 años. Por su parte, las comunas que presentan una menor proporción de jóvenes que han tenido hijos/as tienen entre 15 a 19 años corresponden a la comuna de Vitacura (1,72), Las Condes (6,79), Providencia (9,04), Ñuñoa (11,57) y La Reina (14,76). Se desprende que las tasas de fecundidad son mayores en comunas que presentan menor nivel socioeconómico, en contraste con las que presentan un nivel socioeconómico más alto²¹.

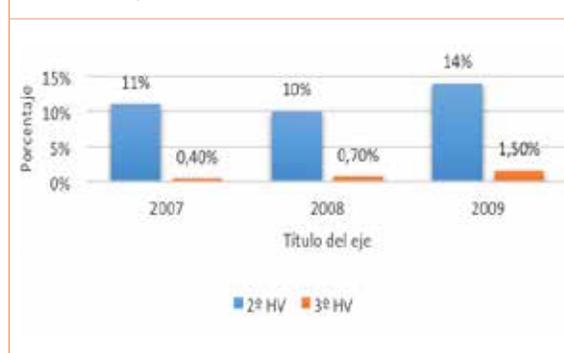
Gráfico N° 10: Razón de fecundidad de adolescentes de 10 a 14 años y Tasa de Fecundidad de Adolescentes de 15 a 19 años, Comuna RM, 2014.



Fuente: Ministerio de Salud, 2015.

Una de las grandes problemáticas que trae consigo el embarazo adolescente en Chile, es el segundo hijo/a nacido vivo de madres adolescentes. En el año 2007, el INE registró 4.258 segundos hijos/as nacidos vivos, correspondientes al 11%, y un total de 15 tercer hijos/as nacidos vivos, equivalentes al 0,4%. Esta cifra aumenta considerablemente en el año 2009, se registró un total de 5.880 segundo hijos/as nacidos vivos, correspondientes al 14%, y un total de 611 al tercer hijos/as nacidos vivos (1,5%).

Gráfico N° 11: Hijo/a vivo de madres adolescentes, 2007-2009, INE.



Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016. A partir de INE, 2009.

20 Dides; C. Benavente M.C; Morán J.M. 2008 Diagnóstico de la situación de embarazo en la adolescencia en Chile, MINSAL; UNPA; FLACSO.

21 Para el Colegio Médico, el embarazo adolescente refleja un problema de inequidad social, ya que jóvenes de comunas más vulnerables tenderían a ser madres más jóvenes producto de la falta de información y de expectativas. Como ejemplo, el presidente del Colegio Médico menciona en el 2015 que el porcentaje de embarazo adolescente en la comuna de

Vitacura es de 1,3% de los embarazos totales. En cambio, los embarazos adolescentes en la comuna de Cerro Navia corresponden al 22,7% de los embarazos totales. Noticias CNN Chile. Destacan cifras de disminución de embarazos adolescentes. 23 de febrero, 2015.

Embarazo Adolescente y Violación

Una de las problemáticas más violentas en torno al embarazo adolescente, son las niñas y adolescentes que son violadas y no quedan embarazadas. El SENAME informó al Minsal en el año 2014 que al año 2013 hubo 3.292 niñas y adolescentes embarazadas en sus dependencias.

Según cifras del SENAME del 2014 del total de menores ingresadas víctimas de violación entre enero de 2012 a octubre de 2013, 58 de ellas se encontraba embarazada al momento de ingresar, y en el 2014 ascienden a 72 niñas embarazadas producto de delito de violación. De ellas, 8 niñas tenían entre 11 y 12 años, y 50 estaban en el rango etario entre los 13 y 18 años de edad²².

El SENAME registra en sus ingresos datos de enero de 2012 a octubre 2013, dando cuenta que la Región Metropolitana es la que tiene más ingresos de menores embarazadas por violación al SENAME (11), seguida de la VIII región del Biobío (9), la X región de Los Lagos (9) y la V región de Valparaíso (8).

Tabla N°4: Menores embarazadas producto de violación Ingresadas en SENAME (enero 2012 a octubre 2013)

Edad / Región	11-12	13-18	Total
Arica	0	0	0
Tarapacá	1	1	2
Antofagasta	2	1	3
Atacama	0	0	0
Coquimbo	0	3	3
Valparaíso	0	8	8
R.M.	0	11	11
O'Higgins	0	2	2
Maule	1	2	3
Biobío	1	8	9
Araucanía	0	7	7
Los Ríos	0	1	1
Los Lagos	3	6	9
Aysén	0	0	0
Magallanes	0	0	0
TOTAL	8	50	58

Fuente: SENAME / La Tercera. 2014

Durante el 2011 el MINSAL realizó el último registro sobre la cantidad de abortos según grupo de edad en Chile²³. Los números más altos de aborto se producen en mujeres de 20-44 años, con un total de 26.996 egresos hospitalarios por aborto registrados. Seguido del grupo de edad de 10-19 años, con un total de 3.387 egresos por aborto. Si analizamos los grupos de edad en que se registran mayores egresos hospitalarios por aborto, es posible evidenciar que la problemática del embarazo adolescente presenta múltiples consecuencias, y una de ellas son las interrupciones del embarazo en la población adolescente, pese a su ilegalidad, lo que demuestra que la prohibición del aborto no elimina esta práctica, sino que la hace clandestina y mucho más riesgosa para las mujeres, niñas y adolescentes en Chile.

Programas públicos relacionados con la prevención del embarazo adolescente

Entre las políticas y programas referidos a las y los adolescentes, en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA) se definieron cuatro líneas estratégicas a desarrollar en un periodo de 5 años. Este plan ha servido de base para el Minsal y su programa específico²⁴:

1. Sistemas de información, monitoreo y evaluación, logrando desarrollar un diagnóstico sobre el embarazo adolescente que permita construir políticas y acciones que respondan a las necesidades de países miembros.

23 Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud (2011) Egresos hospitalarios por aborto.

24 Op. Cit.; Minsal, 2015. El Programa incluye a toda la población adolescente; desde 10 a 19 años y de 20 a 24 años de edad. Para el año 2015 se ha asignado un presupuesto de \$24.000.000, que fue reajustado a \$23.157.597. El Programa ha orientado sus objetivos hacia la implementación de estrategias que permitan una atención integrada de las y los adolescentes y jóvenes en las SEREMI y Servicios de Salud a lo largo del país. El Programa presente articular las necesidades de salud actuales en las y los adolescentes, incorporando a las familias y las comunidades. Así mismo, es relevante una coordinación y articulación entre red de servicios para abordar las necesidades e intervenciones de forma integrada y con distintos equipos intersectoriales, particularmente en sectores que tienen poblaciones de adolescentes y jóvenes que se encuentran en mayor vulnerabilidad social y de derechos.

2. Fortalecimiento institucional y cooperación técnica horizontal, logrando identificar modelos de gestión y atención que permitan derribar las barreras de acceso.
3. Participación de adolescentes, promoviendo el intercambio de ideas y experiencias entre jóvenes y adolescentes de las distintas regiones.
4. Abogacía, alianzas y participación social, propiciando la sensibilización de autoridades, sociedad civil, comunicadores, etc., respecto a la importancia de contar con acciones y políticas que permitan la prevención del embarazo adolescente.

El Programa Nacional Integral de Adolescentes y Jóvenes surge a partir de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 del MINSAL, dispone de información epidemiológica de algunos problemas más prevalentes en este grupo etario, relacionados a los principales factores de riesgo como embarazo adolescente y suicidio adolescente²⁵ y consideran los determinantes sociales en salud, referidos a factores sociales, medioambientales y estilo de vida riesgoso, como la falta de actividad física, mala alimentación, consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.²⁶ La detección y prevención temprana y oportuna se inicia con el control de salud integral, Control Joven Sano, que es una iniciativa con enfoque participativo y anticipatorio, siendo una medida fundamental de acciones preventivas y promocionales de la Estrategia Nacional de Salud y del Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes. Además, el MINSAL inicio el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes, que tiene como principal objetivo integrar la perspectiva de la población adolescentes para asesorar a autoridades en la toma de decisiones sobre políticas y servicios de salud

en adolescentes, levantando información sobre sus necesidades a lo largo de las 15 regiones del país²⁷.

Se constata que existe una cobertura insuficiente de las políticas y programas de salud preventiva en adolescentes, con una baja oferta de servicios. Las políticas públicas y programas referidos a la salud de la población chilena, han priorizado la primera infancia mediante controles de salud en estas etapas de vida, o a través del sistema de protección Chile Crece Contigo. Sin embargo, no se han puesto mayor oferta a atención de grupos adolescentes, a pesar que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad que otros grupos de edad. Existen falencias en la atención preventiva para adolescentes de 10 a 14 años, y los escasos esfuerzos se han centrado en la población mayor de 15 años, al incluir en el año 2005 en el GES el Examen de Salud de Medicina Preventiva (EMPA)²⁸.

El diseño de las políticas y programas suelen asociar la adolescencia y juventud a una edad problemática, promoviendo la abstinencia y el uso del condón. Además, el término “madre adolescente” refiere un fracaso, y en este sentido, los programas ignoran que la sexualidad es parte del desarrollo humano, y por tanto de debiesen incluir conceptos de amor, sentimientos, emociones, intimidad y deseo en las intervenciones de salud sexual y salud reproductiva. En definitiva, es necesario relevar el rol de los adolescentes, como actores fundamentales en las estrategias a conseguir para un desarrollo sostenible del país²⁹.

Aún existen barreras en el acceso a los servicios de salud para la prevención de embarazo adolescente en Chile, reflejando una problemática de gestión y organización de redes, como también las barreras y obstáculos presentes en los equipos de salud y las percepciones de los y las adolescentes sobre ello³⁰.

25 Op. Cit.; Minsal, 2014.

26 Se han realizado talleres de “sexualidad bajo control”, y la campaña Siempre Condón ha recorrido diversas comunas; además de realización de consejerías y participación en mesa intersectorial de salud, que ha enfocado la problemática del embarazo adolescente, masculinidades y prevención del suicidio.

27 Op. Cit.; Minsal, 2015.

28 Op. Cit.; Minsal, 2011.

29 Maddaleno, M. y Schutt-Aine, J. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas. Washington: OPS, 2003. <http://www.adolec.org/pdf/SSRA.pdf>

30 Op. Cit.; Minsal, 2010.

La Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, a través de su División de Control y Prevención de Enfermedades (DIPRECE) y la División de Atención Primaria (DIVAP) han identificado “Buenas Prácticas” para incentivar el trabajo de equipos de salud que realizan diariamente acciones que para dar respuesta a las necesidades de la población adolescente³¹.

EL Programa Control de Salud Integral “Control Joven Sano” durante el año 2014, alcanza una cobertura de un 9,15% (181.800 controles). Actualmente se está intentando incorporar en la cartera de prestaciones de FONASA, de manera de poder avanzar en la cobertura universal. Por otro lado durante el 2014, la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, tuvo un total de 252.244 consultas, correspondiendo a consejerías en Salud Sexual y Reproductiva (134.425), VIH/SIDA (88.936) y de Regulación de la fertilidad (28.883).

Dentro de las metas sanitarias en el año 2011, se comenzó a implementar el Control de Salud Integral mediante las fichas Clap, siendo un importante avance en la visibilización de la población adolescente en políticas de salud³². En el año 2012, se revisaron 18.450 registros válidos de las fichas CLAP correspondientes a adolescentes de 10 a 14 años con control de salud integral realizados por

distintos profesionales de los 29 Servicios de Salud a lo largo del país³³.

Por otra parte, existe el Programa de Apoyo a la Retención Escolar Estudiantes Embarazadas, Madres y Padres³⁴, PARE es un programa de apoyo psicosocial desarrollado por la JUNAEB que contribuye a la permanencia de los estudiantes en el sistema escolar, permitiendo con ello favorecer la igualdad de oportunidades y generando entornos protectores en los estudiantes pertenecientes al programa. Tiene por objetivo disminuir los factores de riesgo en estudiantes que están en condición de vulnerabilidad social y/o estudiantes en condición de embarazo, padre o madre con el fin de prevenir la deserción escolar /abandono a través de un apoyo psicosocial que desarrolle habilidades socioeducativas, promueva prácticas protectoras en los establecimientos y active redes comunitarias.

El público beneficiario de PARE son padres, madres y embarazadas adolescentes con riesgo socioeducativo pertenecientes a establecimientos educacionales de las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, O’Higgins, Maule, Biobío, Araucanía y Magallanes. En el 2015 se ha registrado un total de 3.840 beneficiarias/os del PARE en este año. En las regiones que se han realizado mayor cantidad de programas en la región Metropolitana (13), y en la IX región de la Araucanía (4). No obstante, aún hay regiones en las que no se ha implementado el PARE, como en el caso de la III región de Atacama; la IV región de Coquimbo; la XIV región de los Ríos; la X región de Los Lagos y la XI región de Aysén.

31 Entre algunos ejemplos es posible nombrar “ATINA” Atención Integral para Adolescentes Región Los Lagos, Ciudad Quellón. Corresponde a un establecimiento de salud para la atención de adolescentes, de forma separada físicamente del CESFAM de Quellón, entregando mayor confianza y acceso a los y las adolescentes. Además cuenta con un equipo de salud multidisciplinario joven. Tiene un total de 4.385 adolescentes inscritas e inscritos validados por FONASA al año 2014, distribuidos un 75% en área urbana y 25% en sectores rurales. Entre estos, destaca la participación de los establecimientos educacionales de la comuna de Quellón, a los que se apoya con capacitación, orientación y atención de alumnos. Otra experiencia de buena práctica es el Centro de Adolescentes, CESFAM La Florida ubicado en la Ciudad de Talca de la VII región del Maule, que está orientado a contribuir al desarrollo adecuado en adolescentes, mediante pesquisa oportuna, y la entrega de intervención psicosocial, sesiones de consejerías, talleres, sesiones de familia, disminuir la deserción escolar, entregar herramientas prácticas para que adolescentes decidan el método anticonceptivo acorde a su estado de salud y plan de vida, realización de derivaciones oportunas, disminuir incidencia de ITS, VIH y SIDA. Ministerio de Salud (2014) Experiencias Nacionales de Buenas Prácticas en la Atención en Salud de Adolescentes y jóvenes 2014 Documento elaborado por la Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile.

32 Op. Cit.; Minsal, 2014. Esta ficha es un instrumento que fue diseñado para facilitar el registro del control de salud integral de adolescentes en el sistema público; pone el acento en registros de los logros que este grupo (adolescentes) ha realizado y en su estilo de vida de acuerdo a su propia percepción.

33 Entre Enero y Diciembre 2011, correspondiente a un 1,9% de la población asignada total de 10 a 14 años chilena, y a un 37,9% de la cobertura definida para el control de salud de adolescentes programado por el Ministerio de Salud en el 2011. El promedio de edad fue de 12,4 años y hubo leve predominio de mujeres (54,3%). El 20% declara tener problemas escolares y 14,5% refiere antecedente de madre adolescente, Ministerio de Salud (2012) Informe Final. Servicio de digitación, construcción de base de datos y elaboración de informe de resultados de ficha CLAP, en el control de salud integral de adolescentes. Subsecretaría de Salud.

34 Solicitud por Ley de Transparencia N°AJ009T0000002, realizada a la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) el 02 de noviembre del 2015.

Tabla N° 5: Estudiantes en situación de Embarazo y estudiantes en condición de madre pertenecientes al Programa de Apoyo a la Retención Escolar, periodo 2014-2015

Región	Año 2014		Año 2015		Total
	Embarazadas	Madres	Embarazadas	Madres	
Tarapacá	20	53	30	58	161
Antofagasta	147	152	65	107	471
Valparaíso	27	87	20	34	168
Libertador B. O'Higgins	0	0	3	18	21
Maule	24	56	31	41	152
Biobío	20	46	24	40	130
La Araucanía	29	88	29	57	203
Magallanes y de La Antártica chilena	0	0	17	33	50
Metropolitana De Santiago	93	261	83	163	600
Total	360	743	302	1045	1956

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016, en base a datos entregados por Ley de Transparencia del Instituto Nacional de la Juventud; N° solicitud AI005T0000005; 15 oct. 2015.

Los estudiantes en situación de embarazo y estudiantes en condición de madre pertenecientes al Programa entre el periodo 2012-2015, son en total 5.662 beneficiarias/os. La mayoría son mujeres pertenecientes al nivel de educación media. Existe un total de 1.956 mujeres embarazadas y/o madres que pertenecen al PARE entre el 2014 y 2015. Para el año 2015, se ha beneficiado en la Región Metropolitana a 83 embarazada y 163 madres, siendo la cobertura más alta del año, seguida de la Región de Antofagasta con 65 embarazadas y 107 madres.

No obstante, no se debiese utilizar estos programas solamente como método preventivo y promocional en los casos que hay mayor tasa de embarazo adolescente, sino más bien implementar estos programas de manera transversal comprendiendo la necesidad de educar a todas y todos los estudiantes respecto su salud sexual y su salud reproductiva. En este sentido, existe una problemática de cobertura en el PARE, resultando fundamental que JUNAEB en conjunto con el MINSAL

transversalicen el Programa de Apoyo a la Retención Escolar a todos los establecimientos educacionales públicos que se encuentren en riesgo social, y no sólo por llamado a concurso. Asimismo, ampliar la cobertura regional y local.

El MINSAL ha considerado en el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, la necesidad intervención prioritaria en la infancia y adolescencia con estrategias preventivas, informativas, promocionales y de rehabilitación. Entre estas medidas se ha considerado propuestas específicas para prevención del embarazo adolescente, asociados con el logro de los Objetivos Sanitarios para la década, objetivos estratégicos y metas de impacto, en el marco de una atención integral en adolescentes. En las metas de impacto se señala “disminuir embarazos” tal como se evidencia en la tabla N°6³⁵:

35 Ministerio de Salud (2012) Embarazo Adolescente en el contexto de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Subsecretaría de

En la atención clínica se relacionan con el derecho a recibir una atención digna y de calidad, con respeto por su autonomía progresiva en la toma de decisiones y por el necesario resguardo de la intimidad y confidencialidad en la relación profesional – adolescente. ONU, «Convención sobre los Derechos del Niño,»

Tabla N°6: Metas de Impacto Embarazo Adolescente 2011-2020

Metas de impacto embarazo adolescente	Indicador: Tasa de fecundidad en adolescentes menores de 19 años
Meta 2010	(estimado) 25.8 * 1.000 (20.9-30.7)
Meta 2015	(-5% del estimado) 24.0*1.000
Meta 2020	(-10% del estimado) 22.9 * 1.000

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016, apartir de datos obtenidos en Ministerio de Salud, 2015.

Las metas del MINSAL para el año 2020 son disminuir las tasas proyectadas de embarazo adolescente no planificado en un 30%; bajar 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 y disminuir la tasa de suicidio en un 15%³⁶.

Estos objetivos deben ser logrados en sintonía con los derechos sexuales y reproductivos y el respeto universal de los derechos humanos, contextualizando y erradicando las formas de violencia intrínsecas en la problemática del embarazo adolescente no planificado.

Salud Pública DIPRECE Departamento Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Embarazo Adolescente en el contexto de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

36

Op. Cit. Ministerio de Salud, 2015.

Leyes y Normativas

En el año 2000 se instituyeron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estando la mayoría de ellos relacionados con la infancia. El Fondo para la Infancia de Naciones Unidas planteo 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 una prioridad para el desarrollo del país, en concordancia con lo planteado en la Declaración del Milenio³⁷. 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.
- c) Reducir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes por su mayor vulnerabilidad requieren de servicios apropiados y sin barreras de acceso.

Se suma a lo anterior la Convención de los Derechos del Niño suscrita por Chile que establece que los y las adolescentes deben ser reconocidos como titulares activos de derechos³⁸.

37 Op. Cit. Dides, et. al (2008)

38 ONU, «Convención sobre los Derechos del Niño,» [En línea]. Available: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>. [Último

Estos derechos intentan proteger por ejemplo, la actitud paternalista, impositiva y sin un adecuado manejo de la confidencialidad, de acuerdo a la Observación General N°4 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, párrafo 11 (2003), de parte de profesionales de la salud que realizan atención en salud sexual y salud reproductiva dirigida a adolescentes, evitando discriminación en el acceso a recursos sanitarios, evitando condiciones de inequidad en el acceso, especialmente con aquella población adolescente expuesta a condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica o que han sido transgredidos sus derechos básicos.

Por su parte, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994, entre sus objetivos incorporó la educación con especial énfasis en la de las niñas, la necesidad de que los servicios de salud protegieran los derechos de los y las 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 madres³⁹.

La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), fue el primer tratado firmado por Chile relacionado con la erradicación del embarazo en la adolescencia no deseado, suscrita durante el año 1979 y en acuerdo de ratificación por Chile en 1989 (sin ratificar). Sobre los artículos que guardan relación con la salud de mujeres jóvenes, el Artículo N° 12, 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 familia⁴⁰.

El Consenso de Montevideo, firmado en el 2014 reitera el objetivo de atender necesidades especiales

de adolescentes y jóvenes, debido a los altos y desiguales niveles de embarazo en la adolescencia, que suelen estar asociadas, particularmente en menores de 15 años, a vínculos forzados, de abuso y/o violencia sexual⁴¹.

En sus decretos relacionados con la salud reproductiva de adolescentes, menciona:

Derecho n°14: “Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos”⁴²;

Derecho n°15: “Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia”⁴³;

Derecho n°40: “Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños”⁴⁴;

Derecho n°43: “Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención

acceso: 28 Junio 2013]. A partir de esta Convención, se reconoce a las y los adolescentes como sujetos activo, participativo, creativo, con capacidad para modificar su propio medio personal y social y para participar en la búsqueda de solución de sus necesidades

39 Ibid

40 Ibid

41 Consenso de Montevideo Sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014 Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.

42 Ibid. Pág. 9

43 Ibid. Pág. 9

44 Ibid. Pág. 13

obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley”⁴⁵.

Con relación a la construcción de bases jurídicas en materia de derechos en salud sexual y salud reproductiva, se avanzó en el fundamento legal de la aplicación de la Convención Iberoamericana de Derechos de los y las Jóvenes. Chile Argentina Colombia y Salvador fueron los 4 países Iberoamericanos que no firmaron la Convención en 2005⁴⁶.

Esta Observación de la Convención de los Derechos del Niño se condice con la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley N° 20.418 promulgada en el año 2010, que consagra el derecho a la atención sin discriminación de todas las personas en lo referente a regulación de fertilidad. Esta última ley explicita el derecho a la confidencialidad en la atención de todas las personas en su (Art. 3°):

“Toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual”⁴⁷. La excepción a la confidencialidad surge en el caso de menores de 14 años (Art 2°): “Sin embargo, en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale”⁴⁸.

45 Ibid. Pág. 14

46 Organización Iberoamericana de Juventud (2012) Convención Iberoamericana de Derecho de los Jóvenes.

47 Biblioteca del Congreso Nacional. Ley N°20.418 Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad. Promulgada el 18 de enero 2010. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud.

48 Ibid.

Se debe proteger el derecho de autonomía de las y los adolescentes, respetando sus valores y opciones personales en las decisiones relacionadas su vida. Para contribuir con este principio, los profesionales de la salud tienen el desafío de entregar información en forma simple, clara y comprensible⁴⁹.

Entre las Políticas y Programas referida a las y los adolescentes y jóvenes, es posible mencionar la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), iniciativa emitida durante la XXVIII Reunión de Ministras y Ministros del Plan Andino (REMSAA) en el 2007. Su objetivo se dirige a “contribuir a disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud en los y las adolescentes, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluido los sexuales y reproductivos, la equidad social y de género; con enfoque intercultural y participación social”⁵⁰. Chile se comprometió con la responsabilidad de desarrollar líneas de trabajo enmaradas en la participación ciudadana de las y los adolescentes y jóvenes, considerándolos como personas que viven grandes cambios que afectan distintas esferas de su vida.

Las alianzas estratégicas entre el Organismo Regional Andino de Salud y el Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) han jugado un rol esencial en el marco de la Iniciativa Prevención del Embarazo Adolescente en el Área Andina. El ORAS CONHU, en conjunto con la Red de Ministros/as de Salud del Área Andina (REMSAA) de Bolivia, Chile, Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela y en alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID) y la ONG Family Care Internacional (FCI), han implementado el PLANEA, unificando estrategias a nivel subregional sobre los programas de atención y prevención del embarazo adolescente. Bajo este contexto, se han elaborado diversos estudios y diagnósticos, adoptando programas nacionales

49 G. Bórquez, G. Raineri, C. Horwitz y O. Huepe, «The notion of decision making capacity in medical and legal practice,» Rev Médica Chile, vol. 9, n° 135, pp. 1153-9, 2007.

50 Op. Cit; Minsal, 2015.

Tabla N° 7: Acuerdos y Guías Internacionales relacionados con Embarazo Adolescente

Nombre	Descripción
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PICP) (1966)	Protege el derecho a la vida privada, a la familia y a la igualdad y la no discriminación.
Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1947)	Todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello. (Principio f, Plan de Acción Mundial sobre Población).
Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Copenhague, 1980)	Proporcionar información, educación y medios para que hombres y mujeres puedan ejercer libremente el derecho a determinar la dimensión de su familia. (Capítulo 1.1, Resoluciones y decisiones aprobadas por la Conferencia).
Conferencia Mundial de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Nairobi, 1985).	Las cuestiones relacionadas con las tasas de fecundidad y de crecimiento de la población deben abordarse en un contexto que permita a la mujer ejercer efectivamente sus derechos en cuestiones de interés para la población, incluido el derecho fundamental a regular su propia fecundidad, que es básico para el disfrute de otros derechos. (Párrafo 29, Estrategias de Nairobi).
Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, CEDAW (Nueva York, 1989).	Un primer tratado firmado por Chile, relacionado con la erradicación del embarazo en la adolescencia no deseado, fue la CEDAW. Pese a que todos los artículos están referidos a las mujeres, los que más destacan hacen relación con las mujeres jóvenes. El Art. 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.
Convención Derechos del Niño (1990)	Establece que los y las adolescentes deben ser reconocidos como titulares activos de derechos, que en la atención clínica se relacionan con el derecho a recibir una atención digna y de calidad, con respeto por su autonomía progresiva en la toma de decisiones y por el necesario resguardo de la intimidad y confidencialidad en la relación profesional – adolescente .

de prevención, y campañas de sensibilización para atraer a las y los jóvenes a participar en estos espacios⁵¹.

A continuación, se presentan los Acuerdos y Guías internacionales relacionados con embarazo adolescente, así también las normas y políticas

públicas que incluyen programas, normas, protocolos y guías técnicas.

El Estado chileno se ha comprometido a prevenir el embarazo adolescente, no obstante, los distintos gobiernos no han desarrollado una real solución nacional e integral para erradicar las tasas de embarazo adolescente, y hasta la fecha existen claras deficiencias en las medidas adoptadas para cumplir con dichos compromisos, expresado en una vulneración de los derechos de las y los adolescentes.

51 Ministerio de Salud (2015) Informe de Sistematización VI Reunión Nacional del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile. Organiza: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)	En esta instancia 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 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.
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2000)	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.
Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Nacional de la Salud (2002)	Declara que para el cumplimiento de las Metas del Milenio, es clave aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva.
Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación. (2010).	Informe de la Asamblea General de Naciones Unidas elaborado por Vernon Muñoz de conformidad con la resolución 8/4, por la que el Consejo de Derechos Humanos renovó el mandato del Relator Especial sobre el derecho a la educación.
Consenso de Montevideo. I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe.	Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.
UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre Educación en Sexualidad. (2011)	Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud.
Fuente: Elaboración propia. Corporación MILES 2016.	

Tabla N° 8: Leyes, Normas y Orientaciones Técnicas relacionadas con Embarazo Adolescente

Año	Número	Materia
1991	Circular 247.	Instruye sobre asistencia a clases y calidad de alumno regular de escolares que cambian de estado civil y alumnas embarazadas.
1898	Decreto N°789	Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1990	Decreto N°830	Convención de los Derechos del Niño. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1994	Ley N°19.299	Modifica la base de cálculo del subsidio maternal.
1999	Decreto 1.907	Se ratifican los convenios 103 y 156 de la OIT que abordan, respectivamente, la protección a la maternidad y las responsabilidades familiares compartidas.
2000	Modifica Ley N°18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza	En lo relativo a los derechos de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales. Ministerio de Educación.
2000	Ley N°19.688	Modifica la Ley N°18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza, en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes, de acceder a los establecimientos educacionales.
2000	Ley N°19.927	Obliga a denunciar actividad sexual de menores de 14 años.
2001	Ley N° 19.779	Ley de Sida. Establece obligaciones respecto de la prevención y atención de las PVVS, resguardando el derecho a la educación.
2004	Reglamento N°79	Que regula el inciso tercero del artículo 2° de la Ley 18.962 que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad. Ministerio de Educación.
2004		Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual.
2006	Decreto Supremo N°48	Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.
2009	Ley N°20.370.	Ley General de Educación. En su Art. N° 11, asegura el derecho a la educación a las estudiantes madres y/o embarazos y padres.
2009	Ordinario A15/1675	Circular para el Tratamiento Humanizado del Aborto. Ministerio de Salud.
2010	Ley N°20.418	Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.
2010	Decreto N°132	Las prestaciones a las que tiene acceso la población masculina de 10 años y más, según este Decreto, están contenidos en los siguientes programas: Consulta de morbilidad; Control crónico; Control de regulación de la fecundidad; Consejería en salud sexual y reproductiva; Consulta y/o consejería en salud mental*.
2011	Ley N°20.533	Modifica el código sanitario, con el objetivo de facultar a las matronas para recetar anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.

* Ministerio de Salud (2011) Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile 2011. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital.

2011		Orientaciones Técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas adoptada por el Ministerio de Salud.
2012	Ley N° 20.584	Regula Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud.
2013	Decreto N°49	Aprueba el Reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad.
2013	Decreto N°49	Aprueba el Reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad.
2014	Resolución Exenta N° 833 del 29.11.2013	Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes “Control Joven Sano” fueron creadas en el 2014 por el Ministerio de Salud.
2015	Resolución Exenta N° 434 / 05 febrero 2016	Guía práctica de consejería en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes, siendo Orientaciones para los equipos de Atención Primaria para promover el adecuado desarrollo de cada sujeto adolescente como sujeto de derechos.
2015	Resolución Exenta N° 558 / 07 septiembre 2015	Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio
2016	Aún en espera de resolución	Actualización de las Normas de regulación de la Fertilidad.

Fuente: elaboración propia. Corporación Miles, 2016.

Tabla N° 9: Políticas públicas sobre Embarazo Adolescente

Año	Materia
1993	Política de Educación en Sexualidad. MINEDUC
1996	Programa Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS), MINEDUC, SERNAM, MINSAL E INJUV.
2004	Hacia una Sexualidad Responsable. Implementado el modelo de gestión local. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de la Juventud & UNFPA
2005	Examen de Salud de Medicina Preventiva (EMPA)
2005	Plan Nacional de Sexualidad y Afectividad (2005-2010). MINEDUC
2008	Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo.
2010	Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud, MINSAL.
2011	Implementación del Control de Salud Integral.
2012	Orientaciones para el Diseño y la Implementación de un Programa en Sexualidad, Afectividad y Género. MINEDUC. Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE) Estudiantes Embarazadas, Madres y Padres, periodo 2012-2015.
2013	Orientaciones generales a profesionales del equipo de nivel primario de atención que otorgan atención a adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años, en el contexto del control de salud integral, con el propósito de homogenizar criterios clínicos de esta acción de salud.
2014	Educación en Sexualidad, Afectividad y Género. Orientaciones para el diseño e implementación de un programa en sexualidad, afectividad y género. MINEDUC

Fuente: Elaboración propia. Corporación Miles, 2016.

Desafíos

El embarazo adolescente sigue siendo un problema social y de salud pública en Chile, que conlleva un impacto social, económico y cultural, resaltando la relación existente entre pobreza, exclusión y fecundidad temprana. Además el embarazo en este grupo etario viene acompañado de distintas formas de violencia, entre ellas violencia sexual.

Entre las medidas prioritarias que deben considerar tanto los legisladores como los decidores de políticas públicas, surge la necesidad de legalizar la interrupción de un embarazo no deseado, especialmente en adolescentes y niñas que han sufrido violencia sexual, y producto de este acto ilícito han quedado embarazadas. La legalidad del aborto en Chile no generaría más abortos entre las adolescentes, sino que produciría mayores condiciones de seguridad al sacar esta práctica de la clandestinidad, lo cual puede contribuir a disminuir las complicaciones en el embarazo temprano y la mortalidad materna.

Se hace necesario que las políticas públicas tengan un carácter intersectorial, este es uno de los déficits más grande, puesto que después de variadas iniciativas, aisladas unas de otras, no logran construir una base sólida para una política de Estado, más bien hemos asistido a diversos experimentos en los últimos 20 años dependiendo de la voluntad política de los gobiernos de turnos y de las ideologías que tenga los y las ministras de turno.

Se debe además considerar legislar y ejecutar programas bajo el contexto actual de reconstrucción de diversas formas de relaciones de pareja y familia, desvinculando la sexualidad de la reproducción. Urge desdibujar las representaciones estructurales en torno a la sexualidad juvenil, y comprender más allá de una práctica biológica, sino que también implica afectividad y otros sentimientos que son importantes a la hora de considerar la efectividad de

los factores preventivos y protectores en torno a la sexualidad.

SI bien los y las adolescentes y jóvenes tienen mayor sentido de autonomía en torno a la sexualidad convirtiéndose en protagonistas de sus propias trayectorias de vida, el problema es la falta de información y/o concientización sobre una sexualidad responsable y los riesgos que corren por la falta de uso de métodos de prevención, especialmente en sectores socioeconómicos más bajos, donde la libertad de las personas jóvenes de decidir sobre su propia sexualidad se ve limitada por condiciones de vulnerabilidad respecto un menor acceso y oportunidades, la ausencia de redes, esto dificulta el desarrollo de capacidades y herramientas para enfrentar los diversos riesgos.

Las trayectorias sexuales y biográficas de las y los adolescentes reflejan una serie de transformaciones en torno al conjunto de normas y representaciones asociadas al ejercicio de la sexualidad y la reproducción de la población chilena, lo que afecta principalmente al grupo adolescente ya que se encuentran más vulnerables de ejercer sus derechos.

Diversos estudios han comprobado un incremento en la disponibilidad de métodos preventivos, y la brecha socioeconómica ha ido disminuyendo en el acceso e información a estos recursos, aún existen significativas brechas entre las y los adolescentes que pertenecen a distintos NSE. Por ejemplo, la tecnología preventiva es utilizada mayoritariamente en segmentos que tienen mayores recursos. El fenómeno de la fecundidad en adolescentes o contagio de ITS y/o VIH/SIDA están más presentes en grupos socioeconómicos bajos y con menor nivel de educación.

Mediante las propias percepciones e imaginarios sociales de las y los jóvenes en Chile, es posible identificar distinciones fundamentales en la consideración del embarazo en la adolescencia según estratos socioeconómicos. En este sentido, las y los adolescentes y jóvenes de niveles socioeconómico más bajos tienden a desear un embarazo en edades

tempranas al asociarlos a un proyecto de vida. Esto da cuenta de la influencia que tienen las redes familiares y de comunidades respecto a embarazos tempranos, ya que muchas decisiones y planificaciones respecto a su sexualidad y reproducción se ven influenciadas por sus familiares y sus pares, por el “simple hecho” de llevar el mismo estilo de vida que su entorno social existiendo un círculo vicioso entre niveles de pobreza, menor escolaridad y embarazo adolescente.

Las percepciones de las y los adolescentes de estratos socioeconómicos más altos, debido a las mayores oportunidades socioeconómicas con las que disponen, tienden a planificar sus proyectos de vida reproductiva a largo plazo, ya que por un lado tienen mayor información y acceso a métodos de prevención, y por ende, manejan un mayor cuidado de su sexualidad, aunque tienen mayor cantidad de parejas sexuales que quienes representan estrato socioeconómico más bajo ya que este último grupo de población se proyecta su reproducción y conformación familiar a más temprana edad debido a las menores condiciones que tienen para optar por otros proyectos educacionales y/o laborales.

En síntesis:

- Es importante relevar el tema del embarazo adolescente como una problemática de salud pública y de desigualdad social.
- El sistema de salud actual no satisface las necesidades de salud de la población adolescente, ya que existe una estructuración inadecuada de la atención. Sigue existiendo una falta de normativas que regulen la atención de acuerdo a los distintos grupos de edad en adolescentes.
- Se requieren nuevas formas de aproximación a la promoción, prevención de salud en adolescentes y detección de problemas y necesidades de esta población en el país y de acuerdo a sus realidades regionales.
- El sistema de salud público y privado en Chile

debe entregar las herramientas necesarias a los agentes de salud que trabajan con la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes, para que brinden una atención integral, oportuna y sin discriminación. En la atención en salud se deben resguardar los principios de la bioética: justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía, en particular el derecho a la confidencialidad en la atención, así como, la noción de la capacidad en la toma de decisiones, que incidirán directamente con su estado de salud⁵².

- Hay que considerar una red integral en la atención en salud sexual y salud reproductiva para atender y prevenir casos de embarazo adolescente en el país. Dicha red implica no sólo la participación de usuarios y/o profesionales de la salud, sino también el involucramiento de aspectos familiares, de parejas, comunitarios, sociales, judiciales, así como las propias emociones y juicios de valor de las partes involucradas.
- Derribar falsos mitos sobre la idea de que las y los adolescentes no deben tener una sexualidad activa, y que al educarlos en sexualidad podría contribuir a aumentar su excesivo libertinaje en torno a sus prácticas sexuales, esto sólo los descalifica como sujetos de derechos y usuarias/os potenciales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.
- Se deben erradicar también las inequidades de género respecto el público objetivo de atención en los programas, ya que existe una percepción social de que la mujer debe ser el foco de atención de los servicios sobre sexualidad y reproducción, asignándoles una serie de roles, entre ellos el hacerse cargo de la crianza y cuidado de sus hijos/a, mientras que los hombres se encargan de la función económica-productiva.
- Resulta fundamental promover la realización

52 A. Montero y E. Gonzalez, «Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes,» Rev Chil Obstet Ginecol, vol. 4, n° 75, pp. 272-7, 2010.

de investigación sobre embarazo adolescente y las distintas áreas de salud sexual y salud reproductiva que se relacionan, como educación sexual, violencia de género, VIH/SIDA, interrupción del embarazo no deseado, regulación de la fertilidad, incluida la provisión de anticoncepción de emergencia para identificar los paradigmas esenciales en torno al embarazo juvenil entre las distintas comunidades adolescentes.

- Para prevenir el embarazo adolescente es necesario implementar una educación sexual integral y prevención a partir de los colegios.

Para establecer soluciones reales y dar cumplimiento a los Objetivos Sanitarios de la República de Chile, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, resulta fundamental indagar a nivel nacional en las brechas, barreras de acceso a servicios de salud, buenas prácticas implementadas sobre servicios en salud sexual y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, mapeo de organizaciones juveniles, pero por sobre todo actualizar la legislación en torno a la salud sexual y salud reproductiva de la población adolescente, considerando que vivimos en otro contexto histórico y por tanto existe un cambio cultural en los distintos grupos poblacionales.

Todos estos antecedentes indican que las acciones de salud pública enfocadas en adolescentes, deben considerar enfoque de curso de vida y de determinantes sociales de salud, lo cual podría repercutir en una disminución de las tasas de embarazo adolescente, y a futuro disminuir la carga de enfermedad de adultos y adultas mayores, y brindar mayores de oportunidades de desarrollo personal y social de las personas en la adolescencia, sin verse limitada a un embarazo temprano.

Los principales desafíos propuestos por UNFPA en 2014:

- Mantener la **prioridad de la prevención del embarazo adolescente y la salud sexual y reproductiva** dentro de las agendas públicas de desarrollo social de la subregión.
- **Fortalecer el trabajo con adolescentes indígenas** y otras poblaciones que viven en condiciones de exclusión. Fortalecer los esfuerzos de políticas y programas para aquellas/os adolescentes que viven en zonas fronterizas, enfocando el tema del embarazo adolescente y medidas de prevención de la violencia sexual.
- Continuar **fortaleciendo las políticas públicas dirigidas a las y los adolescentes, promoviendo el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva**, así como la igualdad de género.
- **Enfocar en las y los adolescentes menores de 15 años**, mejorando la información existente, para responder a sus necesidades de manera oportuna y aplicar todas las medidas efectivas para prevenir el embarazo.
- **Fomentar el avance en la homogenización de políticas y programas** tanto a nivel nacional como subregional, respetando las diferencias contextuales.
- **Superar las barreras legales que aún persisten en algunos países** y que obstaculizan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva e insumos por parte de la población adolescente, entre otros derechos sexuales y reproductivos.

- **Manejar las barreras que aún persisten en los países**, especialmente las vinculadas al acceso de adolescentes y jóvenes a la educación sexual, servicios de anticoncepción y salud sexual y reproductiva.
- **Multiplicar los espacios de diálogo intersectorial** en temas relacionados a los derechos y la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, y promover la generación de políticas públicas que los garanticen y a su vez fomenten la autonomía y el ejercicio de los derechos de la población adolescente y joven.

UNFPA (2014) Prevención del embarazo adolescente. Una mirada completa. Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.