



# DOCUMENTO TÉCNICO: EMBARAZO ADOLESCENTE

PROGRAMA HABLEMOS DE TODO - INJUV

# INTRODUCCIÓN

En el marco de la Asesoría para el Diseño Integral del Programa Hablemos de Todo (HDT), el presente documento contiene los principales factores de riesgo que afectan a la población juvenil en términos físicos, mentales y sociales. Su función es servir de fundamento técnico para la validación de las temáticas basales del Programa HDT con los actores relevantes (jóvenes, organizaciones de la sociedad civil, intersector) y la creación de contenidos en lenguaje web para el programa HDT. Por tal razón, y en base a lo establecido en los Términos de Referencia de la consultoría, el objetivo es dar cuenta de una revisión teórica de las principales temáticas que afectan el bienestar y autocuidado de las y los jóvenes, incluyendo una conceptualización de cada una de ellas, datos cuantitativos respecto de su prevalencia y percepción de importancia entre los/las jóvenes, y complementando esta visión con políticas públicas nacionales e internacionales. Esta revisión contempla referencias tanto del ámbito académico, como de organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales.

Cuando se inició el trabajo a finales de diciembre 2019, el punto de partida fueron las dimensiones temáticas de referencia del programa Hablemos de Todo de Argentina, contextualizadas a la realidad social de Chile (algunos temas fueron eliminados en ese proceso por considerarlos no atingentes); adicionalmente se realizó una búsqueda amplia de otras posibles problemáticas a incluir en función de su relevancia para las juventudes en Chile, desde un punto de vista de percepciones (encuestas de opinión) y epidemiológico; teniendo como criterio de selección que existiese alguna oferta programática en Chile para cada problemática, de manera que fuese posible ofrecer recursos de apoyo concreto a la población joven del país.

A través de ese proceso inicial de ampliación se llegó a un listado de 20 posibles temas. El 24 de enero de 2020, en reunión con la contraparte, se acortó ese listado a 14 temas que serían los que se trabajarían en detalle en el documento técnico y se presentarían a las y los jóvenes para la primera fase de validación, de la cual debían emerger los 10 temas definitivos. Con posterioridad, se realizó una redefinición que significó reducir a priori el listado a 8 temáticas, que son las que pasarán a validación y se presentan en este documento.

Cada una de las problemáticas fue agrupada a partir de temas/capítulos. Cabe señalar que todas ellas se estructuran de la siguiente forma: problematización (que da cuenta sobre los debates teóricos conceptuales sobre la dimensión); evidencia empírica nacional (que describe cuantitativamente el panorama actual de la problemática en el país); y oferta programática (revisión de las principales políticas públicas nacionales que abordan cada una de las problemáticas). Junto con ello, se muestra la evidencia internacional (se revisan y describen las cifras internacionales de cada una de las problemáticas) y también se incorporan medidas internacionales (que dan cuenta de las principales políticas públicas en el ámbito internacional, además de buenas prácticas). A partir de todo ello, y de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia de la Asesoría, se pretende describir el panorama general de los principales riesgos físicos, mentales y sociales que afectan a la población juvenil en Chile.

La juventud<sup>1</sup> resulta un concepto teórico que posee una multiplicidad de perspectivas de aproximación<sup>2</sup>. Para fines de este documento, justamente se comprende que “la juventud, como

1 El documento también presenta evidencia acerca de la adolescencia. No obstante, se mantiene la noción conceptual del INJUV.

2 Álvarez (2016) distingue diversas entradas que han caracterizado este campo de estudio, reconociendo tres enfoques principales, a saber: el de enfoque sociodemográfico donde la categoría de juventud se constituye desde

toda categoría socialmente constituida, que alude a fenómenos existentes, tiene que ser analizada desde los distintos aspectos simbólicos, materiales, históricos y políticos en los que toda producción social se desenvuelve” (Margulis y Urresti, 1996). Esto implica reconocer las diversas formas de ser y hacerse joven en el contexto de una sociedad histórica determinada; las prácticas y significaciones culturales que despliegan quienes son considerados socialmente como jóvenes; los imaginarios sociales construidos en torno a la noción de juventud; reconociendo a su vez, la conflictividad social en los modos de relación generacional que se ejercen en nuestras sociedades adultocéntricas (Duarte, 2016).

Por este mismo motivo, las juventudes residentes en Chile no deben tomarse un por grupo homogéneo; contrario a ello, estas tienen sus propias diversidades. El país actualmente vive un proceso de expansión de la pluralidad (Rubio, 2012), lo cual ha causado que fenómenos como el aumento de la migración<sup>3</sup> afecten la construcción social de las juventudes, generando cambios en este grupo poblacional durante los últimos años y meses (INJUV, 2019).

La Novena Encuesta Nacional de la Juventud (2019) demuestra la diversidad de las juventudes en Chile, contextualizando que el 10,5% de las y los jóvenes se siente parte de algún pueblo originario y el 4,8% declara haber nacido en otro país. Acerca de la sexualidad y el género de las y los jóvenes en Chile, la misma encuesta demuestra que el 9,5% de las y los jóvenes declara una orientación sexual diferente a la heterosexual o no responde ante dicha pregunta y el 2,1% declara que su sexo no coincide con su percepción de género. Sumado a ello, 1 de cada 4 jóvenes es madre o padre, y el 48% se encuentra soltera o soltero.

Además de dichos antecedentes, la pluralidad también se manifiesta en los modos de participación de las y los jóvenes en Chile, en donde aproximadamente la mitad de este grupo poblacional declara haber participado en alguna organización social en el último año. Cabe destacar que el 14,4% corresponde a organizaciones que defienden una causa o ideal u organizaciones de identidad cultural (INJUV, 2019).

En ese sentido, se trata de reconocer a las juventudes como portadoras de diferencias y singularidades. Para recoger la riqueza propia de aquella pluralidad, se requiere de miradas caleidoscópicas hacia y/o desde el mundo juvenil que permitan un acercamiento a su complejidad constitutiva e irreductible; viendo a las y los jóvenes como sujetos con capacidades y potencialidades, considerándoles como actores en tiempo presente en las sociedades en que habitan (Duarte, 2000).

Para comprender la complejidad de los problemas que inciden en la salud de las y los jóvenes, es necesario identificar los factores de riesgo y de protección presentes en su ambiente físico y humano (Bronfenbrenner, 1979; Compas y Reeslund, 2009). Los impactos de estos factores de riesgo en la salud física y mental dependen de la capacidad de abordarlos mediante la activación y desarrollo de factores protectores que contribuyan a generar interacciones favorables con su entorno (Munist et al., 1998).

Respecto a lo anterior, los factores de riesgo se comprenden como la probabilidad que tiene un individuo de sufrir en el futuro un daño en su salud y se encuentran estrechamente relacionados

---

rangos de edad y como preparación de la vida adulta; el enfoque conservador, adultocéntrico y psicológico, cuya preocupación radica en la maduración psicobiológica del sujeto juvenil, y el enfoque sociocultural, donde se asume que el concepto de juventud está socialmente construido.

<sup>3</sup> Información extraída de <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/poblacion-extranjera-en-chile-aumentaron-un-19-en-relacion-a-2018/>. Fecha de consulta: 28 de septiembre 2020.

con determinantes sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos, y la calidad del acceso servicios, como los de salud (Munist et al., 1998). Por su parte, los factores protectores son aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del individuo o que disminuyen el riesgo de un desarrollo alterado; se pueden potenciar, destacando y desarrollando las mejores herramientas en cada persona para enfrentar la adversidad (Bronfenbrenner, 1979; Munist et al., 1998). De este modo, el presente documento ahonda en los principales factores de riesgo que afectan a la población juvenil, buscando que la ejecución del Programa Hablemos de Todo potencie y desarrolle factores protectores que garanticen la protección y desarrollo de las juventudes, desde un enfoque basado en derechos humanos<sup>4</sup>.

En cuanto a la estructura del documento, el primer capítulo denominado Salud Sexual y Reproductiva aborda tanto las problemáticas de VIH/Sida e ITS como de Embarazo Adolescente. El segundo capítulo denominado Violencia en jóvenes hace referencia a los distintos tipos de violencia y discriminación a los que se ve expuesta la población juvenil. El tercer capítulo aborda el tema de Salud Mental en jóvenes, específicamente la Angustia, la depresión y el suicidio, así como también el Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Finalmente, el cuarto capítulo refiere al Acoso en Jóvenes, que involucra y afecta tanto a quienes lo ejercen como a quienes son víctimas, especificándose tanto el Bullying y cyberbullying como el Ciberacoso. Al ser un documento eminentemente descriptivo, más que analítico, no se ha considerado un apartado de conclusiones, ni una discusión de hallazgos.

## **CAPÍTULO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA JUVENTUD**

La Salud Sexual puede ser definida como el “completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor” (Shiappacasse et al., 2003, p.95). En tanto, la Salud Reproductiva es comprendida como “la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social, para la madre, el padre y los hijos/as y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso” (Shiappacasse et al., 2003, p.95).

Por lo tanto, promover la salud sexual y reproductiva implica la generación de condiciones para que la sexualidad y la reproducción sean vividas con riesgos mínimos, donde las personas puedan decidir cuándo y con quién reproducirse, así como también disfrutar de una sexualidad placentera y segura, libres de toda coacción, discriminación y violencia (Duarte, 2006; Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.). Para esto, es fundamental contar con un amplio reconocimiento de la variabilidad de formas, creencias y conductas sexuales relacionadas con la sexualidad (Montero, 2019).

En ese sentido, es necesario comprender que la sexualidad es inherente al ser humano y en

<sup>4</sup> Este enfoque supone analizar las normas de género, las diferentes formas de discriminación y los desequilibrios de poder, a fin de garantizar el acceso a las ofertas a dichos grupos de la población. A la vez, las intervenciones han de basarse en los principios de los derechos humanos, a saber: universalidad e inalienabilidad; indivisibilidad; interdependencia e interrelación; igualdad y no discriminación; participación e inclusión; rendición de cuentas y estado de derecho (ONU, 2003).

ella confluyen dimensiones biológicas, psicológicas y también socioculturales. Por lo que abarca: sexo, identidades<sup>5</sup>, roles de género, orientación, erotismo, placer, intimidad y reproducción; y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, prácticas, comportamientos y relaciones (OMS, 2018a). Cabe señalar la importancia de entender a la sexualidad como una construcción social, ya que emerge y existe en un contexto social y cultural determinado, donde la biología solo condiciona una parte de la misma, ya que su forma de expresión tendrá cabida dentro de una sociedad particular (Montero, 2019).

Así, en la juventud y particularmente en la adolescencia, la sexualidad adquiere gran relevancia en nuestra sociedad, ya que en la mayoría de las personas la atracción sexoafectiva comienza a irrumpir tanto biológica como psicosocialmente, en el contexto de la generación de identidad y crecimiento. De hecho, la edad promedio de inicio de la actividad sexual (16 años) se enmarca en esta etapa (Rodríguez y Ullman, 2019). Sin embargo, dadas las condiciones culturales y sociales, la sexualidad en jóvenes también tiende a asociarse a prácticas sexuales riesgosas que pueden desencadenar en problemas de salud, así como en cambios en sus trayectorias de vida (Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2015).

Las y los jóvenes poseen escasas posibilidades y oportunidades para un desarrollo autónomo de distintos ámbitos de su vida condicionado por el dominio adultocéntrico que se condensa en una triple dimensión: material, simbólica y corporal-sexual (Dides y Fernández, 2016; Duarte 2016). De esta manera, las juventudes pueden enfrentarse a obstáculos en relación a su salud sexual y reproductiva, dados por: bajos recursos financieros, estigmatizaciones y discriminaciones, y/o acceso a servicios de baja calidad en temáticas de salud sexual y reproductiva (OMS, 2018). Un ejemplo de cómo estas condicionantes afectan en el plano sexual y reproductivo, generando cambios de trayectorias en los y las jóvenes, está en que la maternidad adolescente tiende a reproducir las inequidades sociales, sanitarias, de género y económicas (Cherry y Dillon, 2014; Azevedo et al., 2012, como se citó en Rodríguez y Ullman, 2019).

A partir de estas nociones, es importante comprender que la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes no es solo un tema de salud, sino que se relaciona con la educación, el acceso al trabajo, las oportunidades, las inequidades de género, entre otras; siendo necesario realizar intervenciones simultáneas y complementarias de educación, prevención, diagnóstico y tratamiento, lo que implica tener una visión amplia sobre la salud sexual y reproductiva (Rodríguez y Ullman, 2019).

Una de las metas específicas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionado con la salud, consiste en garantizar de aquí al 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar; información y educación; y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (OMS, 2018a). Uno de los indicadores propuestos para ser analizados en este aspecto, es la tasa de natalidad entre las adolescentes. A su vez, este ODS señala la necesidad de poner fin a la epidemia del VIH/Sida (entre otras enfermedades transmisibles) (OMS, 2018b).

La gran mayoría de las intervenciones en salud sexual y reproductiva tienen la doble ventaja de prevenir el VIH y otras ITS, así como también los embarazos no deseados, por lo que centrar adecuadamente las intervenciones fortaleciendo el conocimiento de la comunidad -especialmente en las poblaciones de riesgo- sobre la temática, los métodos de prevención y los comportamientos

<sup>5</sup> La identidad sexual de cada individuo, por otra parte, se compone de al menos tres grandes dimensiones: la biológica (sexo biológico), la social (identidad de género y expresión de género) y la motivacional (orientación sexoafectiva) (Vargas-Trujillo, 2007).

riesgosos, ayuda también a reducir la estigmatización y la discriminación a la que se asocian estas problemáticas (OMS, 2016a).

Por lo tanto, ya sea para el control del embarazo adolescente como para prevenir la propagación de ITS y VIH en la población joven, es necesario pensar en intervenciones combinadas y multidimensionales que incorporen tanto el enfoque biomédico como el estructural y comportamental (OMS, 2016a).

Extender el uso de los métodos anticonceptivos ha permitido la separación de la práctica sexual con la tarea reproductiva, haciendo posible la planificación del embarazo y la protección contra las ITS, a partir de la fabricación, introducción a las estrategias y promoción del uso del preservativo masculino y/o femenino. De hecho, cuando se usan correcta y sistemáticamente, los métodos de barrera han demostrado ser la protección más eficaz contra las ITS, incluido el VIH (OMS, 2019a).

Son muchas las personas jóvenes que reciben información confusa y contradictoria sobre relaciones y el sexo, existiendo un aumento en la demanda por parte de las y los jóvenes de información confiable que les prepare para llevar una vida sexual segura y satisfactoria, y que les ayude a desenvolverse en un mundo y ámbito donde la violencia, desinformación y desigualdad sigue planteando grandes desafíos<sup>6</sup>

A continuación, se presentan dos grandes problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes: VIH e ITS y Embarazo adolescente, para luego dar cuenta de algunas Orientaciones Generales en términos de Salud Sexual y Reproductiva que ayuden a dar respuestas a estas problemáticas.

## **EMBARAZO ADOLESCENTE**

La adolescencia es definida por la OMS como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Cuando un embarazo ocurre entre el inicio de la edad fértil, es decir, entre los 15 años hasta los 19 se le denomina embarazo adolescente<sup>7</sup>. El embarazo adolescente o embarazo precoz, es considerado tanto un problema de salud pública, como también de desarrollo, derechos humanos e inequidad, ya que supone que una adolescente no se encuentra ni física ni psicológicamente preparada para este proceso<sup>8</sup>.

Si bien la adolescencia es considerada un periodo fundamental, tanto para hombres como para mujeres, ellas sufren un riesgo desproporcionado de resultados adversos en relación a su salud sexual y reproductiva, como es el embarazo precoz. Y aunque muchas adolescentes pueden planear sus embarazos, la evidencia muestra que en la mayoría de los casos no es así, debido a la vinculación con la pobreza, exclusión social, violencia sexual y de género y el matrimonio o unión precoz. El embarazo adolescente tiende a afectar en mayor medida a las mujeres que ya se encuentran marginadas y en contexto de pobreza, agravado por la falta de acceso a educación sexual integral, a servicios de salud sexual y reproductiva y los medios para conseguir métodos anticonceptivos (OPS et al., 2018).

6 Información extraída de, <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>

7 Información extraída de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

8 Información extraída de <https://clustersalud.americaeconomia.com/sector-publico/como-combatir-las-altas-cifras-de-embarazo-adolescente-en-america-latina>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

A nivel mundial, las tasas de embarazo en adolescentes sin educación primaria son mayores que en aquellas que han recibido educación secundaria o superior. Igualmente, la probabilidad de embarazo es mayor, dentro de un mismo país, en adolescentes cuyos hogares se sitúan en el quintil inferior de riqueza que quienes se encuentran en el quintil superior (OPS et al., 2018).

Por lo tanto, el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la trayectoria de vida de las jóvenes, ya que obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia a resultados deficientes en salud tanto para ellas como para sus hijos. De hecho, el embarazo, parto y posparto se vuelven más riesgosos para la madre y el hijo cuando ocurre antes de los 19 años. El riesgo de muerte materna es menor en las madres en torno a los 20 años de edad, y máximo en las madres que dan a luz antes de los 15 años (OPS et al., 2018).

Según la OMS (2020), las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años de todo el mundo. Además, los embarazos no deseados pueden concluir muchas veces en aborto, lo que es a menudo peligroso en este grupo etario dadas las leyes restrictivas en esta materia, provocando que muchos de ellos terminen realizándose en condiciones peligrosas (OMS, 2020).

A la vez, los bebés de madres adolescentes corren un riesgo considerablemente mayor de morir que los nacidos de mujeres entre 20 y 24 años. A nivel mundial, la mortalidad perinatal es un 50% mayor en los hijos de madres menores de 20 años que en los de madres de 20 a 29 años de edad (OPS et al., 2018).

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia repercute negativamente también, en las oportunidades educativas y laborales de la mujer, ya que muchas de ellas se ven obligadas a dejar la escuela; también afecta su seguridad económica y la capacidad para participar en la vida pública y política. Esto viene a perpetuar ciclos intergeneracionales de pobreza, exclusión y mala salud (OPS et al., 2018).

Aun así, cada año quedan embarazadas 16 millones de adolescentes aproximadamente de 15 a 19 años y 1 millón de menores de 15 años. La OMS (2020) señala que existe un número importante de adolescentes -de ambos sexos- que no saben cómo evitar el embarazo, o que por vergüenza no solicitan servicios de anticoncepción; sumado a lo anterior se encuentra la falta de medios para acceder a métodos anticonceptivos y el hecho de que muchas jóvenes no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas u oponerse a relaciones sexuales forzadas, las cuales suelen ser sin protección (OMS, 2020).

Por esta razón, el informe sobre el Estado de la Población Mundial 2013, centrado en el embarazo de adolescentes, destaca la importancia de la educación sexual y el acceso a los servicios como dos factores esenciales para reducir los embarazos precoces y no deseados (Unesco, 2017).

### Evidencia Empírica Nacional

En Chile, durante las últimas décadas ha tendido a disminuir la tasa de fecundidad (23,5 en 1990 a 11,9 en 2017), particularmente en el grupo de mujeres adolescentes. El año 2017 hubo 219.186 nacidos vivos, de ellos 472 nacimientos corresponden a madres menores de 15 años (tasa 0,8) y 16.897 a madres de entre 15 y 19 años (Tasa 26,52) (INE, 2019). Al segmentar geográficamente, se observa que las mayores tasas de fecundidad se concentran en la zona norte del país, entre las regiones de Arica y Parinacota y Atacama (INE, 2019).

A la vez, la Novena Encuesta Nacional de la Juventud del INJUV (2019) señala que el 17% de jóvenes iniciadas/os sexualmente reportan haber vivido un embarazo no planificado, cuestión que podría marcar una diferencia importante en la trayectoria de vida de quienes lo viven, siendo mucho mayor el porcentaje en el caso de las mujeres jóvenes (23,8%) que de los hombres (10,5%)<sup>9</sup>. El mayor porcentaje de embarazos no planificados se concentra en los grupos socioeconómicos bajos (21,6%) en comparación con los grupos medios y altos (15,3% y 7,1%, respectivamente) (INJUV, 2019).

Al analizar el fenómeno por rangos etarios, se obtiene que las y los jóvenes de 20 años o más declaran en mayor porcentaje haber vivido esta experiencia alguna vez en la vida, en comparación con las y los adolescentes entre 15 y 19 años. Según la Novena Encuesta Nacional de Juventud (2019), el 6,8% de la población adolescente (15-19 años) ha vivido un embarazo no planificado, porcentaje menor en relación con el año 2015, de un 12,5%.

Por otro lado, el 25% de las personas jóvenes declara tener un hijo, hecho que ocurre mayormente en mujeres (33,1% versus 17,2% en hombres) y jóvenes de nivel socioeconómico medio (24,2%) y bajo (29,7%). Esta condición de desigualdad se mantiene cuando se analiza a la población adolescente, donde el 2,7% declara ser madre o padre y aumenta en los niveles de ingreso bajo y medio, donde el 5,9% de adolescentes ha tenido un/a hijo/a (INJUV, 2019; Montero, 2019).

A estos antecedentes se suma que el 2,5% de las mujeres iniciadas sexualmente declara haberse realizado un aborto alguna vez en su vida, lamentablemente no existe información diferenciada por rango etario al respecto. Del mismo modo, cabe destacar que un 3,4% de las mujeres encuestadas no responden esta pregunta, lo que puede deberse a que, en Chile, recién se está comenzando a legislar al respecto, existiendo todavía penalización de este con muy pocas excepciones (INJUV, 2019).

Si bien esta última Encuesta Nacional de Juventud no señala datos específicos sobre el embarazo adolescente, en la Octava Encuesta Nacional de la Juventud (2015) se señala que el 14% de la población joven ha experimentado un embarazo adolescente, sin presentar diferencias estadísticamente significativas con los resultados obtenidos el año 2012, y afecta principalmente a mujeres de niveles socioeconómicos bajos. De hecho, más del 50% de las y los jóvenes que señalan haber vivido un embarazo no planificado, declaran que este hecho habría ocurrido en la adolescencia (INJUV, 2015).

A la vez, la Octava Encuesta Nacional de la Juventud de INJUV (2015) muestra que quienes fueron padres o madres en la adolescencia se iniciaron sexualmente antes que quienes lo fueron después de la adolescencia, así como también se registró un porcentaje menor en el uso de método anticonceptivo en su primera relación sexual; ambas prácticas identificadas como parte de un comportamiento sexual riesgoso. En ese sentido, la edad promedio de iniciación sexual entre las y los jóvenes que han experimentado el embarazo adolescente es de 15,67 años, cuando se trata de jóvenes que han sido madres/padres después de los 19 años, la edad de inicio sexual aumenta a 17,02 años. Además, los datos indican que, el 21% de las y los jóvenes entre 15 y 19 que se han iniciado sexualmente, no utilizó un método anticonceptivo en su última relación sexual, pudiendo haberse expuesto a un embarazo a temprana edad.

<sup>9</sup> Cabe mencionar que esta diferencia porcentual entre hombres y mujeres se ha mantenido históricamente. De hecho, en el 2015 el porcentaje de mujeres jóvenes con un embarazo no deseado es del 26,8% y 17,7% en el caso de los hombres.

Cabe señalar que Chile ha suscrito en el último tiempo a acuerdos internacionales que han sido considerado como base para políticas públicas en estos temas, sin embargo, aún existen déficits y problemas que no han podido ser abordados ni solucionados (Dides y Fernández, 2016).

Por esto, según datos entregados por el Minsal (2018c), el Estado de Chile se ha comprometido con disminuir en un 10% la tasa proyectada de embarazo adolescente para el 2020. Con ello, se debiera observar en ese año una tasa de fecundidad de 10 a 19 años de 22,9 por 1000 mujeres en edad fértil. Además, desde el 2009 se han implementado Espacios Amigables de atención, los cuales, desde el 2014 se encuentran en el 100% de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud, para atender las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes (Minsal, 2018c).

## Oferta Programática Nacional

Tabla 2: Oferta Programática Nacional para Embarazo Adolescente

Oferta programática / Recursos de ayuda	Dependencia	Descripción del programa
Adopción - Atención de Mujeres en Conflicto con el Embarazo.	Ministerio de Justicia.  Servicio Nacional de Menores (Sename).	El programa busca que mujeres embarazadas en conflicto con un embarazo avanzado y que se encuentran solas, en un estado de confusión emocional, decidan el futuro del hijo/a que está por nacer en forma responsable, libre e informada. Para ello se les entrega información y orientación psicosocial y jurídica que les permite decidir si desean quedarse con la tutela de su hijo/a o cederlo/a en adopción. Este programa es ejecutado por organismos privados sin fines de lucro (Fundación, organización social, comunitaria, territorial, deportiva, corporación cultural, educacional, federación, otro) <sup>10</sup> .
Programa Mujer, Sexualidad y Maternidad.	Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (Sernameg).	El programa Mujer, Sexualidad y Maternidad ofrece talleres para embarazadas y madres adolescentes de 14 a 19 años. Los talleres de maternidad adolescente buscan contribuir a que las embarazadas y madres adolescentes reflexionen sobre su proyecto de vida, entregando conocimientos y herramientas que les permitan fortalecer su autoestima y tomar decisiones informadas y responsables, promoviendo la retención y/o reinserción escolar, la corresponsabilidad en la crianza y cuidado de hijos e hijas y la prevención de embarazos no planeados y de infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. Además a través de la Atenciones Personalizadas informa y orienta de forma individual, privada y confidencial a todas las personas de 14 años y más en estas temáticas y derechos <sup>11</sup> .

10 Información extraída de [https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019\\_3\\_661.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2019/PRG2019_3_661.pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

11 Información extraída de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/51554-programa-mujer-sexualidad-y-materni->

Programa de Apoyo a la Retención Escolar de Madres, Padres y Embarazadas Adolescentes.	Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb).	El programa de Apoyo a la Retención Escolar de Madres, Padres y Embarazadas Adolescentes tiene el objetivo de contribuir a la permanencia y continuidad en el sistema educativo de estudiantes en condición de maternidad, paternidad y embarazo, mediante un apoyo que permita garantizar los 12 años de escolaridad obligatoria, considerando y fomentando el desarrollo de competencias parentales. El acceso al programa se focaliza en las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana y Araucanía <sup>12</sup> .
Acompañamiento Psicosocial en el marco de la Ley 21.030, que Despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales	Ministerio de Salud (Minsal).	El Programa de Acompañamiento busca asegurar el bienestar biopsicosocial de la adolescente o mujer que vive un embarazo en que concurra alguna de las tres causales, en un ambiente de acogida, con entrega de información completa y clara sobre su situación de salud, de la patología fetal (en caso de aplicarse), los procedimientos médicos y las medidas de apoyo que están a su disposición <sup>13</sup> .
Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes en Salud.	Ministerio de Salud (Minsal).	El Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes en Salud (CCA), dependiente del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de Minsal, es creado en el contexto del Plan Andino para la Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA) de UNFPA .  Esta iniciativa es un espacio de participación social que permite promover la reflexión y discusión de los adolescentes y jóvenes, constituyéndose como un órgano participativo que incide en la gestión pública. Dentro los temas abordados trabaja fuertemente sobre el embarazo adolescente <sup>14</sup> .
Tú Decides: Prevención del Embarazo Adolescente e ITS (APP).	Ministerio de Salud (Minsal).	Esta iniciativa es parte del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, del Ministerio de Salud de Chile. La APP es confidencial y busca prevenir el embarazo no deseado y la transmisión de ITS, otorgando para ello contenidos, datos y guía para ejercer la sexualidad de manera segura. La aplicación está disponible para ser descargada en celulares o Tablet, que cuenten con las tiendas digitales de Android o IOS <sup>15</sup> .

dad. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

12 Información extraída de <https://www.junaeb.cl/programa-de-retencion-escolar-de-madres-padres-y-embarazadas-adolescentes>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

13 Información extraída de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/OT-Acompan%CC%83amiento-Psicosocial-IVE-Resoluci%C3%B3n-Exenta-401.pdf>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

14 Información extraída de <https://www.scoquimbo.cl/gob-cl/participacion/files/09-03-2017/Adolescentes%20y%20participacion.pdf>. Fecha de consulta: 23 de junio 2020.

15 Información extraída de <https://diprece.minsal.cl/aplicacion-movil-tu-decides/#gsc.tab=0>. Fecha de consulta: 23 de junio 2020.

<p>Chile Crece Contigo.</p>	<p>Ministerio de Desarrollo Social.</p>	<p>El Subsistema de Protección Social Chile Crece Contigo tiene por misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a niñas, niños y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal y la focalización de apoyos especiales a quienes presentan alguna vulnerabilidad mayor. Chile Crece Contigo es institucionalizado bajo la ley 20.379, transformándose en una política pública estable que cumple con los compromisos del Estado de Chile con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.</p> <p>Chile Crece Contigo articula las iniciativas, prestaciones y programas intersectoriales orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de las niñas y niños hasta los 8 o 9 años de edad. El acompañamiento en el desarrollo de niñas y niños comienza desde que sus madres realizan el primer control de gestación en el sistema público de salud, hasta el término del primer ciclo básico.</p> <p>Para cumplir su misión, se refuerza la coordinación y la complementación con programas y estrategias ejecutados por el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y/o la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas entre otros<sup>16</sup>.</p>
-----------------------------	---	---

<sup>16</sup> Información extraída de <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>. Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2020.

<p>Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada.</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>Este programa se enmarca en el Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Cabe mencionar que, en un primer momento, este programa contempla un documento que guía el desarrollo de Servicios de Salud en niveles especializados, implementado progresivamente por las Secretarías Regionales Ministeriales y los Servicios de Salud, liderados por los gestores y referentes en los niveles de mayor complejidad de atención abierta y cerrada, tanto pediátricos como de adultos, que atienden a la población 10 a 24 años, en el Sistema Público de salud. También se constituye en una recomendación para el Sistema Privado de atención de salud.</p> <p>El programa aborda la atención de adolescentes y jóvenes -de 10 a 24 años, beneficiarios del sistema público de salud- en los niveles especializados de atención abierta y cerrada. Su objetivo es el de fortalecer y optimizar la oferta y el acceso a servicios de salud integrales e integrados con el nivel primario de atención, otorgando prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando un enfoque de derechos, género y pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizando en los más vulnerables<sup>17</sup>.</p> <p>Dentro de estos niveles de atención, también conocidos como secundario y terciario, se encuentran las especialidades médicas relacionadas al embarazo<sup>18</sup>.</p>
--	--------------------------------------	---

<sup>17</sup> Información extraída de, [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13\\_PROGRAMA-ADOLESCENTES\\_web.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf). Fecha de consulta: 17 de agosto de 2020.

<sup>18</sup> Información extraída de, [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/8\\_LINEA-DE-TRABAJO-PROCESO-ASISTENCIAL-DE-ATENCION-AMBULATORIA.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/8_LINEA-DE-TRABAJO-PROCESO-ASISTENCIAL-DE-ATENCION-AMBULATORIA.pdf). Fecha de consulta: 17 de agosto de 2020.

<p>Cemera: Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente.</p>	<p>Universidad de Chile.</p>	<p>Cemera es una estructura formal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile enfocado en la salud Sexual y Reproductiva de adolescentes.</p> <p>Los objetivos de este centro son múltiples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar el desarrollo permanente de un modelo de atención integral de calidad en Salud Sexual y Reproductiva de la Adolescencia.</li> <li>• Contar con un equipo de profesionales multidisciplinario, comprometido y de excelencia en Salud Sexual y Reproductiva de la Adolescencia.</li> <li>• Desarrollar actividades de investigación, docencia y extensión al mejor nivel en el país, en conformidad con las exigencias de calidad en el concierto internacional.</li> <li>• Contribuir en la formación de masa crítica de profesionales, en base a las necesidades de la población adolescente.</li> <li>• Contribuir con evidencia científica y asesoría técnica al desarrollo de las políticas públicas y toma de decisiones en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de la Adolescencia.</li> <li>• Promover la difusión y abogacía por los derechos de la población adolescente, particularmente en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva.</li> </ul> <p>Además, Cemera ofrece atención integral en Salud Sexual y Reproductiva a adolescentes mediante bonos Fonasa o Isapre. El equipo que atiende está conformado por profesionales altamente calificados: Ginecólogos/as infanto juvenil, matronas, asistente social, psiquiatra, psicólogos/as y nutricionistas<sup>19</sup>.</p>
---	------------------------------	--

## Evidencia Empírica Internacional

Según datos de la OMS (2020), existen aproximadamente 16 millones de jóvenes de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años que dan a luz cada año, mayoritariamente en países de ingresos bajos y medios. De hecho, aproximadamente un 11% de todos los nacimientos que ocurren en el mundo, corresponden a adolescentes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) también ocurren en países de ingresos bajos y medios.

Las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2014 indican que la tasa media de natalidad mundial de adolescentes entre 15 y 19 años es de 49 por 1.000 jóvenes mujeres y las tasas nacionales oscilan entre 1 y 299 nacimientos por 1.000 adolescentes mujeres, donde las tasas más altas corresponden al sector de África Subsahariana (OMS, 2020).

<sup>19</sup> Información extraída de <http://www.cemera.cl/historia.html>. Fecha de consulta: 25 de agosto de 2020.

América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa estimada de fecundidad adolescente más elevada en el mundo, con 66,5 nacimientos por 1.000 adolescentes de ese grupo etario en el periodo 2010-2015. Así, el embarazo adolescente representa aproximadamente el 15% de todos los embarazos registrados en la región (OPS et al., 2018).

A la vez, mientras la tasa de fecundidad total (hijos por mujer) ha tenido una disminución significativa en la región, la tasa de fecundidad adolescente solo lo ha hecho ligeramente durante los últimos 30 años, siendo la disminución más lenta de todas las regiones del mundo<sup>20</sup> y ha sido la única con una tendencia ascendente en el caso de los embarazos de menores de 15 años (OPS et al., 2018).

Al desagregar los datos, se observa que las tasas más elevadas de fecundidad adolescente en la región se encuentran en América Central con Guatemala, Nicaragua y Panamá encabezando la lista y en el Caribe con República Dominicana y Guyana. Las tasas más elevadas en América del Sur corresponden a Bolivia y Venezuela (OPS et al., 2018). En estos países, la probabilidad de concebir hijos es hasta cuatro veces mayor en adolescentes sin educación o solo con educación primaria, así como también en adolescentes de hogares del quintil inferior de riqueza. Es más, los datos censales de algunos países indican que las adolescentes indígenas se ven afectadas en mayor medida, sobre todo en quienes viven en medios rurales (OPS et al., 2018).

En relación al porcentaje de adolescentes que han sido madres, las cifras sistematizadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), basadas en los Censos de cada país, indican que el 12,6% de las adolescentes son madres en la región. Nuevamente República Dominicana y Nicaragua son, bordeando el 20%, los países con el porcentaje más alto de adolescentes. En el caso de Chile, se presentan cifras bastante más bajas, llegando alrededor del 7,2% (Rodríguez y Ullmann, 2019).

Mientras, las tasas de fecundidad de adolescentes en Estados Unidos y Canadá, se encuentran por debajo del promedio mundial, descendiendo de forma sostenida durante los últimos 10 años. De hecho, Estados Unidos ha presentado una disminución récord en la fecundidad adolescente con una caída del 8% entre el 2014 y 2015; situándose hoy en 22,3 nacimientos por 1.000 adolescentes (15 y 19 años). Estas cifras son similares en los distintos grupos sociales. Entre los factores que se comprenden como contribuyentes para esta baja son el aumento en el uso de prácticas y métodos anticonceptivos eficaces, así como el aumento en el número de los programas de prevención del embarazo en adolescentes (OPS et al., 2018).

Por otro lado, de las 252 millones de adolescentes en las distintas regiones en desarrollo en el mundo, se estima que 38 millones aproximadamente se encuentran sexualmente activas, pero no desean tener hijos en los dos años siguientes. Alrededor de 15 millones de estas adolescentes usan algún método anticonceptivo, mientras que cerca de 23 millones necesitan acceso y no lo tienen, encontrándose en riesgo de tener un embarazo no deseado (OPS et al., 2018).

En el caso de América Latina, la Unicef (2017) señala que solo 36% de las mujeres jóvenes (15 a 24 años) con múltiples parejas, reportaron usar condón en su última relación. A la vez, en prácticamente todos los países de la región, tiende a ser la población adolescente quien usa menos métodos anticonceptivos, en comparación a otros rangos etarios (Montero, 2019).

<sup>20</sup> La evolución temporal del fenómeno da cuenta que la tasa de fecundidad en adolescentes permaneció estacionaria entre 1990 y 2000, seguido de una tendencia lentamente descendente en los últimos 15 años.

Respecto a la mortalidad materna, esta constituye una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de la región de 15 a 24 años. En el año 2012, fallecieron 1.887 jóvenes de este rango etario como consecuencia de problemas durante el embarazo, parto o puerperio temprano. Por lo tanto, dado que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 y 19 años en todo el mundo, cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las adolescentes podría evitar 5.600 muertes maternas, 2,1 millones de nacimientos no planificados y 3,2 millones de abortos (de los cuales, un gran porcentaje se realiza en condiciones peligrosas) (OPS et al., 2018).

### **Medidas Internacionales**

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, 179 gobiernos acordaron que era necesario proteger y promover los derechos de las adolescentes a la educación, información y atención en salud sexual y reproductiva, así como también reducir de manera considerable el número de embarazos adolescentes (United Nations [UN], 1994).

Los órganos de Naciones Unidas encargados de interpretar los tratados sobre derechos humanos y vigilar su aplicación y cumplimiento por parte de los gobiernos, han reconocido la necesidad de facultar a las adolescentes para que puedan tomar decisiones basadas en la información sobre sus vidas y han afirmado que los y las adolescentes tienen los mismos derechos humanos y reproductivos que las personas adultas (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2013).

En concordancia con los acuerdos del CIPD, en el año 2011 la OMS y el UNFPA elaboraron una serie de directrices y recomendaciones que los países pueden adoptar para prevenir y reducir los embarazos precoces y sus resultados adversos para la reproducción. Estas directrices se han desarrollado en base al examen sistemático de investigaciones existentes, así como también con el aporte de expertos de todo el mundo, en asociación con diversas organizaciones internacionales comprometidas con mejorar la salud de las adolescentes. En términos generales, apuntan a acciones en múltiples niveles (políticas, individuos, familias y comunidades). Así, se encuentran principalmente destinadas a: encargados de programas, asesores técnicos e investigadores de los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, agencias de desarrollo y la academia (OMS, 2011; OMS, 2020)

En primer lugar, se proponen limitar el matrimonio antes de los 18 años. Para ello, los y las responsables de las políticas deben aprobar e implementar leyes que prohíban el matrimonio de jóvenes menores de 18 años. Además, es necesario que se aumenten las oportunidades educativas formales y no formales de las niñas, tanto a nivel primario como secundario para mantenerlas en las escuelas, ya que esto reduce el riesgo a contraer matrimonio en la adolescencia. Con todo lo anterior, influir en las normas culturales que respaldan el matrimonio temprano, cuestionándolas y cambiándolas (OMS, 2011; OMS, 2019c).

En segundo lugar, se apunta a la comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años mediante un respaldo fuerte y visible a los programas de prevención del embarazo adolescente, particularmente, aquellos que promuevan la educación, salud sexual integral, los servicios de consejería y el acceso a métodos anticonceptivos (OMS, 2011; OMS, 2019c).

En tercer lugar, se señala la necesidad de aumentar el uso de anticoncepción, es decir, que todas las adolescentes puedan obtener anticonceptivos sin impedimentos, de manera segura y rápida. Para ello, la provisión de servicios debe ser amigable y responder a las necesidades de las ado-

lescentes, lo que debe ir de la mano de información sobre los métodos y educación sexual (OMS, 2011; OMS, 2019c).

En cuarto lugar, la OMS (2011, 2019) propone reducir las relaciones sexuales bajo coacción. Para lograrlo, se deben formular y aplicar leyes que prohíban las relaciones sexuales bajo coacción y castigar a los culpables. Las víctimas y sus familias deben sentirse seguras y respaldadas al presentarse ante las autoridades y reclamar justicia. A la vez, se hace necesario, por un lado, cuestionar y modificar las normas que condonan el sexo bajo coacción y diferencias de género y, por otro, empoderar a las adolescentes para que se protejan a sí mismas y pidan asistencia oportuna y eficaz, a través de programas que apunten a fortalecer la autoestima, desarrollar habilidades para la vida y mejorar los vínculos con las redes y apoyos sociales (OMS, 2011; OMS, 2019c).

En quinto lugar, se apunta a reducir los abortos inseguros, por lo tanto, es necesario brindar información a las adolescentes sobre los riesgos de un aborto inseguro, habilitar el acceso a servicios seguros de aborto y mejorar el acceso de las adolescentes a cuidados posaborto y servicios de anticoncepción, independientemente si este fue legal o no. En los lugares donde el aborto es legal, quienes son proveedores de servicios de salud, deben identificar y eliminar las barreras existentes que impiden que las adolescentes acudan a ellos (OMS, 2011; OMS, 2019c).

En sexto y último lugar, aumentar el uso de atención calificada en la atención prenatal, de parto y post parto a través de la elaboración e implementación de leyes que amplíen el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto, en especial para las adolescentes. Además, se debe brindar respaldo a las jóvenes para prepararse para el parto entregando atención calificada y amistosa durante todo el proceso, y ampliar el acceso a servicios de emergencia obstétrica (OMS, 2011; OMS, 2019c).

Adicionalmente a estas directrices, la OMS busca alinearse con los planes de salud nacionales a través de apoyo financiero y técnico a distintos gobiernos del mundo. Además, participa en diversas iniciativas con organismos y programas conexos, como es el caso de la "H4+" donde también participa ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial<sup>21</sup> (OMS, 2020).

En el caso de América Latina y el Caribe, en el 2008 los ministerios de salud y educación de la región adoptaron la Declaración Ministerial de México Prevenir con Educación, comprometiéndose a mejorar la calidad y el acceso a la educación sexual para las y los jóvenes, con el objetivo de reducir los riesgos de salud sexual y reproductiva (OPS et al., 2018).

Luego, en la primera sesión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en 2013, se dio origen al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, donde se motivaba a los gobiernos a invertir en las y los jóvenes a través de políticas públicas específicas y se afirmaba el compromiso regional con la promoción de la educación sexual integral desde la primera infancia; proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, especializados en responder a las necesidades de jóvenes y adolescentes; fortalecer políticas y programas para que las adolescentes madres o embarazadas no abandonen sus estudios; y eliminar los abortos en condiciones peligrosas (OPS et al., 2018).

Así, todas las subregiones han elaborado planes y estrategias multinacionales como el Plan

---

21 El programa "H4+" tiene por objetivo acelerar la consecución del Objetivo 4 del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015 (OMS, 2020).

Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente<sup>22</sup>, el Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en Centroamérica y el Caribe<sup>23</sup>, el Marco Estratégico Integrado para la Reducción del Embarazo en Adolescentes en el Caribe<sup>24</sup>, además, del marco estratégico informal multinacional e intersectorial elaborado por los países del Cono Sur (OPS et al., 2018).

Sin embargo, aun cuando la región tiene una gran variedad de planes e iniciativas para la prevención del embarazo adolescente, en muchos casos estos no se encuentran basados en evidencia y tampoco cuentan con monitores, seguimientos y evaluaciones sistemáticas. Esto hace que las cifras de embarazo precoz no muestren bajas significativas en la región y que, por bien intencionados o efectivas que parezcan las intervenciones, no sea posible medir cómo están funcionando ni en qué grupos existe mayor riesgo y, por tanto, dónde se deben enfocar los esfuerzos (OPS et al., 2018).

Debido al lento progreso que la reducción de embarazo adolescente ha tenido en la región, la OPS/OMS junto con el UNFPA y el UNICEF, generaron una consulta técnica en el año 2016 con el fin de evaluar la situación regional y consensuar los enfoques estratégicos y acciones prioritarias para acelerar el progreso en cuanto a prevenir y reducir los embarazos adolescentes (OPS et al., 2018). Así, se establecieron siete acciones prioritarias:

- Aumentar la visibilidad del embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y consecuencias, así como a los grupos más afectados
- Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, para garantizar que los enfoques se adapten a su realidad y aborden sus desafíos específicos.
- Involucrar y asegurar que la población adolescente participe y forme parte activa del diseño, ejecución y seguimiento de las intervenciones estratégicas.
- Abandonar las intervenciones ineficaces e invertir los recursos en aplicar las intervenciones de eficacia demostrada.
- Fortalecer la colaboración intersectorial para abordar de modo eficaz los factores determinantes del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe.
- Pasar de pequeños proyectos minoritarios a programas sostenibles en gran escala.
- Crear un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. (OPS et al., 2018, p.13)

22 Si se requiere más información, se recomienda acudir al Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2007-2013 [www.orasconhu.org/areas-accion/planea-0](http://www.orasconhu.org/areas-accion/planea-0). Además, el informe de la UNFPA sobre la prevención del embarazo adolescente “una mirada completa” da cuenta de los avances entre el 2008 y 2011 en los distintos países de la subregión andina. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Embarazo%20Adolescente%20Medell%C3%ADn%202011.pdf>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

23 Si se requiere más información, puede acudir al Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y el Caribe. El Salvador: Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA).

24 Si requiere más información, puede acudir al documento Comunidad del Caribe (CARICOM) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Integrated Strategic Framework on the Reduction of Adolescent Pregnancy. UNFPA, 2015. <<http://caricom.org/media-center/multimedia/document-library/>>

Con esto, se instó a los distintos interesados directos y gobiernos nacionales a nivel regional, a priorizar estas acciones en cumplimiento con los compromisos políticos expresados en acuerdos como la Declaración de México y el Consenso de Montevideo, y aprovechar al máximo el impulso político generado por los ODS y la Estrategia mundial para la salud de la mujer el niño y el adolescente<sup>25</sup> (OPS et al., 2018).

De esta manera, en el último tiempo países como Uruguay, Costa Rica y Chile, están incorporando medidas que han permitido avanzar en la prevención y disminución de la tasa de embarazo adolescente. Esto principalmente a través de la mejora en el acceso a la información, a los servicios y a la anticoncepción, específicamente, a anticonceptivos de larga duración, los cuales tienden a ser más efectivos en el grupo de adolescentes (Dannemann, 2019).

En el caso de Uruguay, se implementa desde el año 2016 la Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, la cual es desarrollada por los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Además, cuenta con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del UNFFPA (Ministerio de Salud Pública et al., 2017). Esta estrategia forma parte del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016 -2020 y de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, y su objetivo es disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos (Ministerio de Salud Pública et al., 2017), mediante:

- Fortalecer las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la toma de decisiones reproductivas con autonomía, promoviendo proyectos de vida diversos que cuestionen los modelos tradicionales de género
- Fortalecer de la detección y captación oportuna para la atención de la adolescente en la interrupción o continuidad del embarazo, buscando el involucramiento de su entorno cercano.
- Garantizar el acceso a oportunidades, el ejercicio de derechos y la protección de las adolescentes embarazadas, madres y padres, apoyando la prevención de embarazos no intencionales reiterados.
- Implementar en forma articulada en el territorio las políticas públicas vinculadas a la Estrategia (Ministerio de Salud Pública et al., 2017, p.44).

A su vez, esta estrategia se ancla en un marco legal robusto respecto a salud y derechos sexuales y reproductivos, educación sexual, adolescencia, violencia basada en género, así como en políticas y programas en estos campos (Ministerio de Salud Pública et al., 2017).

Por otro lado, Costa Rica mostró una importante reducción en el número de embarazos adolescentes en el 2017. Esta reducción la atribuyen al esfuerzo coordinado entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Educación Pública, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y el Sistema Nacional de Atención Infantil para la implementación del Plan Estratégico

<sup>25</sup> En los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030 de las Naciones Unidas, se insta a todos los gobiernos involucrados, a trabajar por un mundo donde “toda mujer, niño o adolescente en cualquier entorno sea consciente de sus derechos a la salud y el bienestar físico y psíquico, tenga oportunidades sociales y económicas, y una participación plena en la configuración de una sociedad próspera y sostenible” (OPS et al., 2018, p.9)

gico Nacional de Salud para Personas Adolescentes 2010-2018 y la iniciativa Salud Mesoamérica, impulsada por el Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA), con el objetivo de prevenir el embarazo en la adolescencia y mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes<sup>26</sup>.

El objetivo del Plan Estratégico Nacional de Salud para Personas Adolescentes 2010-2018, es mejorar las respuestas integradas e integrales de todas las instituciones a las y los adolescentes a nivel local, a través de un marco normativo interinstitucional e intersectorial para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, que a su vez promueva factores protectores, la permanencia en el sistema educativo, la atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva, la oferta de servicios adecuados a las necesidades de las adolescentes madres, la promoción de los derechos de las adolescentes madres, la formación de promotores juveniles, el acceso a procesos de formación, apoyo económico y de formación humana<sup>27</sup>. Además, el plan sugiere que el acompañamiento y seguimiento de adolescentes que se encuentran en situaciones de riesgo es fundamental, por lo tanto, requiere del involucramiento del Estado, la comunidad y las familias<sup>28</sup>.

Otro caso interesante, fuera de Latinoamérica, es lo que ocurre en Estados Unidos. Como se mencionó anteriormente, en este país, se logró una reducción del embarazo adolescente muy significativa. Esta disminución la asocian al mejor y mayor uso de anticonceptivos en el país, lo cual lo atribuyen a múltiples factores, desde la mayor conciencia generada por la crisis del VIH hasta la información disponible en internet. Respecto a las políticas de los programas sociales para la prevención del embarazo adolescente, se tiene poca claridad cuánto afectan debido a las diferencias en su implementación a nivel local. Sin embargo, se cree que el gobierno de Obama junto con el Congreso, pueden haber iniciado una nueva era en la educación sexual del país a través de la Ley de Asignaciones de 2010 y la Legislación Federal sobre Atención Médica, que elimina dos tercios del financiamiento federal para programas basados solo en la abstinencia que son ineficaces y proporciona cerca de \$190 millones en fondos para programas de prevención del embarazo adolescente basados en la evidencia y un enfoque más integral hacia la educación sexual (Planned Parenthood, 2012).

La Unión Europea tiende a verse como un referente en términos de fecundidad adolescente, ya que presenta cifras bastante bajas. Cabe mencionar, que esto no es producto de una tendencia natural, sino de los esfuerzos constantes de los programas de salud pública que han puesto como prioridad la salud sexual de los adolescentes en los diferentes países (UNFPA, 2015). Es así como en el año 2005, 53 Estados Europeos adoptaron la European child and adolescent strategy [Estrategia europea para niños y adolescentes] de la OMS, la cual se enfoca en la disminución de la desigualdad y, en lo que respecta a salud sexual, busca que todos los niños y adolescentes tengan acceso a información y apoyo en salud e información sexual apropiados a su edad y género de manera confidencial (CEPAL, 2015).

Un ejemplo del éxito en reducir el embarazo adolescente de la Unión Europea, son los Países Bajos, donde tienen un enfoque pragmático e integral de la planificación familiar, particularmente para las y los jóvenes, con acceso gratuito a anticonceptivos y una fuerte apuesta por la educación

26 Información extraída de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2018/1339-embarazos-en-adolescentes>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

27 Información extraída de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2018/1339-embarazos-en-adolescentes>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

28 Información extraída de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2018/1339-embarazos-en-adolescentes>, Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

sexual integral y el trabajo en pos del empoderamiento de las niñas. Esto tiene larga data, ya que, en este país, desde 1971, la planificación familiar se ha incluido en el sistema público nacional de seguros médicos (UNFPA, 2013).