

Reproducción adolescente y desigualdades: VI Encuesta Nacional de Juventud, Chile

*Adolescent reproductive behavior and social inequality:
VI Chilean Survey on Youth*

Jorge Rodríguez Vignoli
*Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)
División de Población de la CEPAL*

Resumen

América Latina destaca mundialmente por sus índices de fecundidad adolescente (tasa específica del grupo de 15 a 19 años de edad) elevados, resistentes a bajar y muy desiguales socioeconómicamente. Chile no escapa a este patrón, aunque la falta de información y análisis especializados han impedido documentar detallada y oportunamente su panorama. Este trabajo ratifica que esta fecundidad ha descendido mucho menos que la de otras edades y que es, por lejos, la más desigual en términos socioeconómicos. También revela un gran cambio del perfil educativo de las madres adolescentes, actualmente en su mayoría estudiantes de educación media. Con datos de la Encuesta Nacional de Juventud de 2009 (ENAJU 2009), se ratifica que el acceso diferencial a anticonceptivos es el principal condicionante de esta desigualdad, lo que se expresa en elevados índices de fecundidad no deseada entre las adolescentes pobres. Se concluye que una política pública de salud sexual y reproductiva robusta, realista y multisectorial (salud y educación al menos), específicamente dirigida a los adolescentes, es clave.

Palabras clave: fecundidad adolescente, variables intermedias, fecundidad no deseada, desigualdad social, educación.

Abstract

Latin America stands out worldwide because its adolescent fertility (15-19 age specific rate) is higher than expected, it has been resistant to decline and is very unequal between socioeconomic strata. Chile seems to be not an exception to this pattern. However, scarcity of acute data has been major constraints in order to draw an actualized and detailed analysis of this issue. This paper confirms adolescent fertility has decreased slower than fertility at other ages and that is the most unequal in socioeconomic terms. It reveals, too, a dramatic change in the educational profile of adolescent mothers because nowadays most of them are high school students. Data from National Youth Survey 2009 confirm that unequal access to contraceptives is the major determinant of socioeconomic inequality of adolescent motherhood. This implies so much higher levels of unwanted pregnancy between lower class teenagers. The analysis concludes that a strong, realistic and multisectorial (health and education at least) sexual and reproductive health public policy addressed specific to adolescent population is key.

Key words: adolescent fertility, intermediate variables, unwanted fertility, social inequality, education.

El autor agradece a Gabriela Marise de Oliveira Bonifacio, Magíster en Demografía del Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidad Estadual de Minas Gerais, Brasil, por el apoyo brindado para el procesamiento de datos y a los evaluadores por sus valiosos comentarios.

Introducción

La maternidad en edad adolescente –operativamente aquella que acontece entre los 15 y los 19 años cumplidos–¹ está presente en la agenda política mundial. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) declara como objetivo: “Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes” (Naciones Unidas, 1994); más recientemente, la ampliación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), realizada en 2007, incluyó la incorporación de la meta 5.2 “Lograr, para 2015, acceso universal a la salud reproductiva” en el marco del ODM 5 –Mejorar la salud materna–, y uno de sus indicadores es, justamente, la tasa específica de fecundidad adolescente, es decir la del grupo de edad de 15 a 19 años.²

En el caso de América Latina, esta preocupación por la reproducción durante la adolescencia debería ser aún mayor. En efecto, la región se destaca globalmente por su resistencia a bajarla; e, incluso, en varios países la tendencia en los últimos veinte años ha sido al aumento de dicha tasa, en abierta contraposición al descenso sostenido e intenso de la fecundidad en los otros grupos de edad (Jiménez, Aliaga y Rodríguez, 2011; Alves y Cavenaghi, 2009).

Pero, además de la preocupación que genera por esta tendencia a su incremento, la fecundidad adolescente inquieta porque está documentado que: a) se asocia a problemas de salud (Lete *et al.*, 2001; Bongaarts y Cohen, 1998); b) provoca truncamiento de trayectoria escolar (Rodríguez, 2009); c) limita las opciones para encontrar y ejercer una actividad remunerada (Buvinic, 1998); d) es mucho más frecuente entre los pobres (Rodríguez, 2008; Pantelides, 2004), pasando a formar parte del círculo de transmisión intergeneracional de la pobreza (Rodríguez y Hopenhayn, 2007); e) ha aumentado su ocurrencia al margen de relaciones de pareja estables (Rodríguez, 2009; Guzmán *et al.*, 2001; McDevitt *et al.*, 1996), por lo que la crianza de esos niños termina a cargo de las muchachas –muchas veces sin apoyo de sus parejas– y de sus familias de origen –típicamente de las abuelas de los bebés– (Rodríguez, 2009); f) no es infrecuente, sobre todo en la reproducción precoz (antes de los 15 años), que su origen sea el abuso o el aprovechamiento por parte de adultos (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011; Lette *et al.*, 2001). Por cierto, en estos aspectos el consenso no es unánime y hay debates sobre la gravedad que implica la maternidad en la adolescencia (Oliveira y Vieira, 2010; Binstock y Pantelides, 2006; Stern, 2004).

Chile no está al margen de esta especificidad latinoamericana y, de hecho, sus niveles de fecundidad adolescente han sido identificados como un desafío por investigaciones recientes (Rodríguez, 2010 y 2005). No es raro, entonces, que este país participe en el Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes y apoye el Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia establecido en el marco del

- 1 La que ocurre antes de los 15 años ha se ha denominado de diferentes formas; en este trabajo se usará el término “precoz” (Binstock y Pantelides, 2006), pero no será objeto de estudio específico, entre otras cosas porque la ENAJU 2009 no considera dicho grupo de edad en la muestra.
- 2 Para más detalles, véase la página web de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: <www.mdgs.un.org>.

Organismo Andino de Salud (ORAS)-Convenio Hipólito Unanue (CONHU), 2009. Asimismo, los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 propuestos por el Ministerio de Salud (MINSAL) a inicios de la década de 2000 incluyeron la meta de reducir un 30% los embarazos adolescentes no deseados (MINSAL, 2002).

El presente trabajo apunta a precisar la tendencia de la reproducción temprana en el Chile actual y a estimar el efecto de sus determinantes próximos y de algunos subyacentes, como la condición socioeconómica.

Antecedentes empíricos y teorías disponibles

América Latina sobresale a escala mundial por presentar una fecundidad adolescente relativamente elevada –en la actualidad, solamente África subsahariana tiene un nivel superior– y por exhibir el segundo menor descenso entre 1990 y 2008 (10.9%) (Cuadro 1).

Cuadro 1
Tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) por mil en 1990 y 2008 y porcentaje de cambio entre 1990 y 2008. Mundo según grandes regiones

Grandes regiones del mundo	1990	2008	% de cambio 1990-2005
Regiones en desarrollo	65	54	16.9
África del Norte	43	30	30.2
África Subsahariana	124	122	1.6
América Latina	92	82	10.9
El Caribe	81	69	14.8
Asia Oriental	15	6	60.0
Asia del Sur	89	53	40.4
Asia del Sudeste	54	44	18.5
Asia del Oeste	64	52	18.8
Oceanía	83	61	26.5
Cáucaso y Asia Central	45	29	35.6
Regiones desarrolladas	34	24	29.4

Fuente: United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2011*, Nueva York, U.N., 2011, p. 31.

Esta resistencia latinoamericana a la baja de la fecundidad adolescente no está prevista por ninguna de las teorías hegemónicas. De acuerdo con las teorías de la transición de la fecundidad, la causa principal de su descenso sostenido es la modernización socioeconómica, a la que se añaden la diseminación del ideal de familia pequeña y la merma de las actitudes contrarias al control natal, como lo sugiere la teoría de la difusión (Bravo, 1992). Así, según ambos enfoques (modernización y difusión), la fecundidad adolescente debería ser más proclive al descenso, porque, si, por un lado, la modernización implica la erradicación de prácticas tradicionales de matrimonio temprano y acentúa la colisión entre reproducción temprana y asistencia escolar (que ocurre en la adolescencia), por el otro, ese grupo etario

tendría que ser el más sensible y afectado por la diseminación de las ideas favorables al control natal, ya que los adolescentes están más abiertos al cambio y más expuestos a los medios de comunicación de masas y a los mensajes de los países “avanzados” (Ali y Cleland, 2005). En la región, ambas teorías sirven para explicar el descenso sostenido de la fecundidad total que, en efecto, se ha verificado desde la década de 1970; pero claramente no logran explicar el comportamiento “resistente a la baja” de la fecundidad adolescente.

Lo mismo ocurre con las teorías microeconómicas de la decisión racional. Según distintos autores (Haveman y otros, 1997), las personas cotejan costos (directos y de oportunidad) y beneficios (monetario y no monetarios) de tener un hijo, y actúan racionalmente tratando de maximizar su utilidad –típicamente individual pero eventualmente altruista intra o intergeneracional–, teniendo en cuenta sus ingresos actuales y permanentes (Becker y Barro, 1986). Aunque este enfoque, junto con otros, anticipa correctamente que la menor fecundidad adolescente estará en los grupos en los que implica mayor costo (Haveman y otros, 1997), no ofrece hipótesis robustas para explicar la resistencia de la fecundidad adolescente al descenso ni su creciente ocurrencia en condiciones de soltería (lo que eleva su costo para las madres y sus familias de origen).

Analizando más en detalle algunas de las variables intermedias (Bongaarts, 1982; Stover, 1998) de la fecundidad –específicamente la menarquia y la edad de iniciación sexual–, se podría argumentar que la modernización tiene un efecto paradójico en las adolescentes. De hecho, adelanta la menarquia, básicamente por el mejoramiento de la salud infantil y la caída de la desnutrición infantil (Bongaarts y Cohen, 1998), con lo que aumenta la exposición al riesgo de maternidad adolescente. Por su parte, de acuerdo con la experiencia conocida y en línea con las teorías de la modernidad avanzada o reflexiva que subrayan la creciente autonomía de las personas (entre ellas los y las adolescentes) para decidir sobre su intimidad, la modernización es concomitante con el adelantamiento de la iniciación sexual (Bozón, 2003), lo que también se traduce en un ensanchamiento del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente.

Sin embargo, la experiencia comparada a escala mundial indica que, a la postre, la modernización se ha asociado a la caída de la fecundidad adolescente. Los canales por los cuales ha actuado son diversos: retraso de la unión y, con ello, de la actividad sexual con propósitos reproductivos; ofrecimiento de una educación sexual efectiva (no solo del conocimiento de la biología reproductiva sino también del manejo de relaciones y decisiones); acceso a una atención de salud sexual y reproductiva especializada (incluyendo consejería) y a la tecnología de control de fecundidad, específicamente a medios anticonceptivos (una de las variables intermedias clave). Asimismo, los/as adolescentes han sido objeto de campañas de promoción y concientización particulares. Finalmente, desde hace varias décadas se ha producido una apertura institucional (incluyendo a las instituciones familia, sistema judicial/legal y sistema de salud) para facilitar el uso de anticonceptivos (y, en algunos países, del aborto) (Furstenberg, 1998)). En las distintas regiones del mundo en las que la modernización ha sido concomitante con una caída sostenida de la fecundidad adolescente estos factores se han combinado según gradaciones particulares.

Pero Latinoamérica –y, como se ilustrará más adelante, Chile parece no escapar a este patrón– se aparta de la experiencia de estas regiones, sobre todo porque los índices de uso de anticonceptivos entre sus adolescentes son mucho más bajos e inequitativos³ (Rodríguez, 2008).

Una mediación relevante entre las decisiones individuales y las estructuras socioeconómicas: las instituciones

La adolescencia es un período de la vida altamente complejo en el que la construcción de identidad mediante diferenciación y oposición, la sensación de invulnerabilidad y la labilidad emocional favorecen decisiones y conductas arriesgadas (Dulanto, 2000; Breibauer y Maddaleno, 2005). En el caso de la reproducción temprana, tales conductas se relacionan con una protección nula o irregular respecto de embarazos no deseados, a veces incluso teniendo el conocimiento, las intenciones y los medios para protegerse. Teorías actuales sobre las relaciones interpersonales y los procesos de decisión que procuran incluir los componentes no cognitivos ni racionales de las conductas también aportan lo suyo al describir los laberintos, asperezas, asimetrías, complejidades e incertidumbres que marcan las decisiones sobre la actividad sexual y el uso de anticonceptivos, en particular en los/as adolescentes (Juárez y Gayet, 2005). Estos enfoques de interacción multinivel y compleja consideran factores como el ejercicio del poder y las asimetrías de género para explicar que se lleven a cabo conductas riesgosas pese a que cognitiva y racionalmente las personas (adolescentes) tienen información y antecedentes sobre los peligros que corren.

Desde un punto de vista institucional, es fundamental subrayar las disonancias entre las expectativas y preceptos de las principales instituciones sociales respecto de la conducta sexual, anticonceptiva y reproductiva de los/as adolescentes, por un lado, y los mensajes que los bombardean, sus prácticas reales y sus derechos, por otro. En ciertos casos estas disonancias se expresan abiertamente como discriminación formal y legal, en particular cuando se excluye a este grupo de los programas de salud sexual y reproductiva o se lo considera no apto para tomar decisiones individuales libres sobre el acceso a métodos anticonceptivos. En otros casos, se manifiestan en conflictos de derechos que suelen resolverse a favor de una parte distinta al adolescente (típicamente el predominio de la patria potestad hasta en ámbitos de la mayor intimidad). Pero, en la gran mayoría de los casos, estas disonancias generan una zona de ambigüedad en la convivencia familiar y en el trato institucional que lleva a la proliferación de conductas sexuales ocultas y desprotegidas.

La consideración específica de las instituciones sociales, en particular la familia, la escuela y el sector salud, resulta obvia en un enfoque institucional.

3 Y probablemente también –aunque esto sea más difícil de demostrar con las fuentes de información disponibles en Chile– más ineficientes (por la utilización de métodos tradicionales, por aplicaciones irregulares o erróneas y por iniciaciones posteriores al primer hijo/a, entre otros factores).

En primer lugar, *la institución familiar* desempeña un papel clave, aunque complejo y ambivalente (Furstenberg, 1998). De acuerdo con la mirada convencional, las familias que funcionan bien logran poner límites y promover conductas preventivas entre sus miembros (Lete *et al.*, 2001; Silber y Castells, 2003; Breibauer y Maddaleno 2005). Dependiendo de la dinámica de cada familia, en la práctica esto puede significar una postergación de la iniciación sexual, o una iniciación y posterior actividad sexual regular protegida de manera eficiente, o el recurso del aborto cuando se producen embarazos no deseados. Pero esta mirada presenta varias debilidades: tiene bastante de tautología, toda vez que: el funcionamiento familiar se detecta mediante el comportamiento de sus integrantes; supone homogeneidad en ese funcionamiento, lo que es dudoso, pues familias que funcionan bien para ciertos asuntos pueden no hacerlo para otros; y, ciertamente, hace recaer toda la responsabilidad en las familias que “no funcionan” –y, por ello, las culpabiliza–. El problema de este enfoque puede ser incluso más grave cuando se homologa familia que funciona bien con familia tradicional (conservadora en materias sexuales, autoritaria en sus procesos decisionales y forzosamente biparental legal). Cualquiera sea el caso, la experiencia latinoamericana sugiere que depositar todas las esperanzas en un buen funcionamiento de la familia es inapropiado: primero, porque hay otras agencias de socialización relevantes; segundo, porque hay muchas familias que no funcionan y es tarea de la sociedad mitigar el impacto que esto tiene sobre sus integrantes; y tercero –y tal vez lo más importante–, porque el ámbito de la sexualidad como campo de conversaciones y consensos intrafamiliares se mantiene marcado por la negación, la ambigüedad y el ocultamiento. Esto último no se debe solo a la impronta de los padres, sino que también obedece al recelo de los hijos e hijas, que no se sienten cómodos hablando de sexo, en particular de su propia actividad sexual, con sus padres; no hay fórmulas mágicas para romper esta distancia y, de hecho, hay un espacio de intimidad y privacidad que siempre debe ser respetado. El punto es que, mientras persista la falta de comunicación y de acuerdo intergeneracional respecto de las prácticas sexuales de los/as adolescentes, el carácter negador iluso de esta actividad por parte de la “cultura familiar hegemónica” seguirá siendo un obstáculo para conductas transparentes y más seguras en ese grupo etario.

La familia incide sobre la maternidad adolescente también a través de otros canales. Uno de ellos son los modelos de rol, de manera tal que, si la biografía familiar está marcada por la presencia de adolescentes madres, es más probable que las/os hijas/os repitan la experiencia (Guzmán *et al.*, 2001). Otro canal de creciente importancia es el apoyo familiar. En América Latina y en Chile, la institución familia –que adopta muchas modalidades en la práctica pero que, en términos genéricos, corresponde al conjunto de personas unidas por relaciones de parentesco, de reconocimiento mutuo y de interacción regular– está compelida culturalmente a apoyar a sus miembros afectados por eventos adversos⁴ (como

4 Compromiso reforzado por la existencia de un sistema de protección público insuficiente y por altos niveles de pobreza y vulnerabilidad (es decir, por la exposición a eventos adversos sin capacidad propia para enfrentarlos). Como este compromiso se expresa materialmente en cuidados –transferencias monetarias, atención de tareas, albergue, etc.–, al final son las mujeres del núcleo familiar las que tienden a hacerse cargo de cumplirlo, por cuanto el modelo hegemónico de la familia sigue siendo machista.

enfermedad, desempleo, incapacidad, etc.), aunque ella misma sea altamente vulnerable.⁵ En este sentido, frente al evento de la maternidad adolescente y la ausencia o distancia del progenitor masculino, las familias –normalmente los progenitores de la adolescente, en particular su madre, es decir, la abuela del recién nacido– asumen un papel protagónico en la crianza de los bebés (Tobío, 2005), atenuando el impacto negativo que la maternidad temprana tiene sobre las adolescentes (Rodríguez, 2008).

En segundo lugar está la *institución escuela*, tradicionalmente considerada como una institución protectora y que ejerce un efecto de blindaje respecto de la maternidad temprana (Bongaarts y Cohen, 1998; Guzmán *et al.*, 2001). Esta consideración se sustenta en un argumento poderoso: históricamente la escuela ha sido un manantial de fuerzas existenciales y cognitivas –porque informa, racionaliza, disciplina, empodera, integra y proyecta a futuro a las personas– abiertamente contradictorias con la maternidad temprana en una sociedad moderna (Furstenberg, 1998). Pero también se basa en un argumento operativo: históricamente una trayectoria escolar normal significó pasar casi toda la adolescencia asistiendo a clases y, como el embarazo genera una interrupción parcial o total de esta asistencia, quienes desarrollaban una trayectoria escolar normal, y sobre todo quienes llegaban a terminar su ciclo secundario, casi con seguridad no habían sido madres/padres adolescentes.

Pero ese panorama cambia con la masificación de la escuela (Rodríguez, 2005), y más aún en el caso chileno, considerando la reciente ley de educación media obligatoria (Ley 19876).⁶ De esta manera, actualmente en Chile se verifican tres relaciones entre escuela y maternidad adolescente.

La primera y más grave atañe a los muchachos y muchachas que desertan tempranamente de la escuela y que, por ello, tienen las puertas cerradas para la mayor parte de los empleos; se trata de un grupo minoritario y en declinación pero muy marcado por la exclusión, en el cual la reproducción adolescente es frecuente y normalmente posterior a la deserción.

En segundo lugar está la que desarrollan los muchachos y muchachas con una trayectoria educativa relativamente normal, pero que por diferentes canales reciben señales de que esa educación les servirá de poco, sea porque no los preparará para entrar a

5 En tal sentido, los sesgos de género están en el centro de la fecundidad adolescente en Chile, revelando las raíces socioculturales profundas de la desigualdad entre los sexos. Las prácticas y normas que prevalecen en los procesos de atracción, seducción y enamoramiento de adolescentes aún presentan las asimetrías clásicas, aunque en ocasiones estas parezcan eclipsadas por comportamientos femeninos más protagónicos. Y cuando estas relaciones sentimentales y sexuales se traducen en embarazo, los hombres (adolescentes o no) tienen más resistencia a asumir su responsabilidad. Hay en este tema mucho que seguir investigando, pues este sesgo de género de la maternidad adolescente no se condice con los avances en materia de una paternidad más presente (aunque, sin duda, aún insuficiente) en edades mayores.

6 Por cierto, la masificación en sí misma no es la responsable de este debilitamiento de la función protectora de la escuela; la responsabilidad reside en el hecho de que esa masificación se haya producido en el marco de una persistente desigualdad socioeconómica y ocupacional y mediante un sistema muy segmentado en materia de calidad y acceso a capital cultural y redes sociales.

la universidad –en rigor, para obtener un buen puntaje en la PSU⁷, o porque está muy devaluada como credencial en el mercado de trabajo.⁸ Este grupo está marcado por la inseguridad, el desánimo y la impotencia y, si bien la gran mayoría de quienes lo conforman terminará finalmente sus estudios de Enseñanza Media (nivel secundario en Chile), para muchos y muchas esta permanencia en el sistema no alimentará proyecciones a futuro. Y como estas proyecciones son las necesarias para desincentivar el embarazo temprano (toda vez que este choca con ellas), su ausencia inhibe la activación de una preocupación sistemática y rigurosa de prevención de dicho riesgo. Este grupo, por edad y circunstancias sociales, es el que aporta el grueso de la fecundidad adolescente en el Chile actual: representa casi el 64% de las adolescentes que tuvieron un hijo en 2008 (Cuadro 2).

En tercer lugar está la relación que atañe al creciente segmento que ingresa a la universidad, normalmente con 18 y 19 años, y que, si bien experimenta la vulnerabilidad de los tiempos actuales –en el sentido de que esta Educación Superior no garantiza empleo de buena calidad–, en general, por edad y por su enrolamiento en ese nivel educativo, aún tienden a estar relativamente blindados contra la reproducción temprana.

Cuadro 2
Estructura educativa (años de escolaridad) de las adolescentes (mujeres de 15 a 19 años) que tuvieron hijos, años seleccionados (cifras relativas). Chile. Años 1985-2008

Año	Sin instrucción	1 a 3 años de estudio	4 a 6 años de estudio	7 a 9 años de estudio	10 a 12 años de estudio	13 y más años de estudio	No declarado
2008	0.1	0.2	2.9	30.1	63.7	2.9	0.0
2005	0.1	0.5	4.3	31.2	61.0	2.7	0.1
2000	0.2	0.9	7.6	37.9	51.7	1.7	0.0
1995	0.2	1.4	12.7	40.0	43.3	1.8	0.4
1990	0.5	2.0	16.2	40.1	38.1	2.6	0.4
1985	1.4	4.8	24.1	39.2	28.7	1.0	0.8

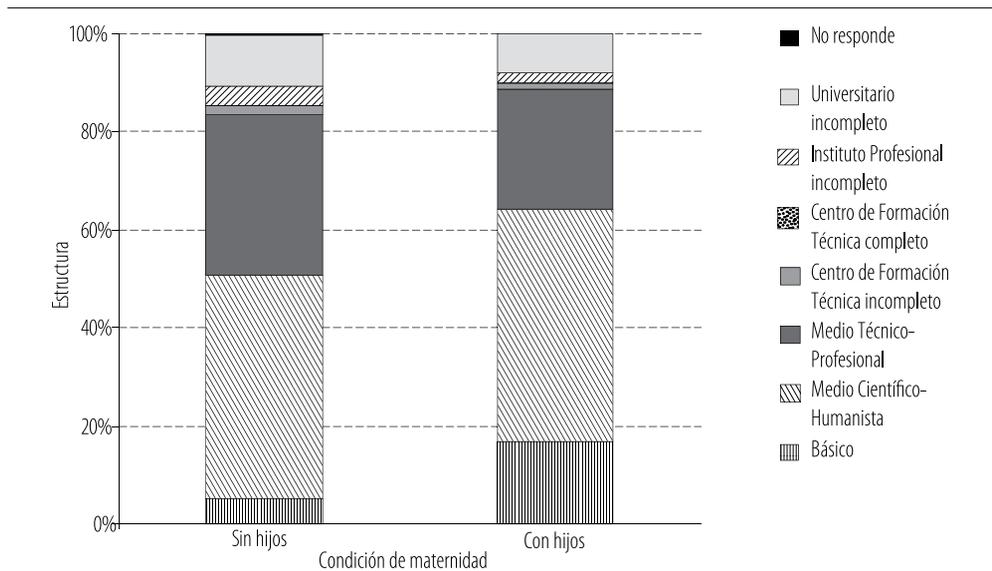
Fuente: Cálculos del autor basados en Anuarios *Demografía y Estadísticas Vitales* de los años respectivos, Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Los archivos en formato PDF de los anuarios *Estadísticas Vitales* están disponibles en: <www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php>.

Como las cifras del Cuadro 2 provienen de estadísticas vitales, no es posible ofrecer sobre datos de la misma fuente el indicador para las adolescentes no madres. En cambio,

- 7 Prueba de Selección Universitaria, examen de selección obligatorio para ingresar a la Universidad en Chile.
- 8 Se trata, en su gran mayoría, de estudiantes de escuelas y liceos públicos. Lo anterior no implica condenar a la educación pública como intrínsecamente ineficiente o de mala calidad, planteamiento que va contra la evidencia internacional que muestra numerosos sistemas públicos de calidad (Barber y Mourshed, 2008). Con esta afirmación solo se constata un hecho que tiene sus raíces en una sociedad muy desigual, donde el sistema educativo reproduce y acentúa esa desigualdad, en gran medida porque los establecimientos públicos, donde se educa la gran mayoría de los/as muchachos/as de los grupos de ingresos bajos y medios, carecen de los recursos financieros (y con ello, de los humanos) para hacer frente a esta inequidad original.

la Encuesta Nacional de Juventud 2009 (ENAJU 2009) permite esta comparación –presentada en el Gráfico 1–, que revela que la condición de maternidad no hace una diferencia en el predominio del nivel educativo medio (secundario). Pero lo que el gráfico sí muestra es que hay una diferencia entre madres y nulíparas adolescentes: entre las primeras se registra un porcentaje mayor de muchachas con educación básica (16.8% contra 5.2%, respectivamente), mientras que entre las segundas se verifica un mayor porcentaje de universitaria incompleta (14.3% entre no madres y 10% entre madres). Si bien estas diferencias no resultan tan significativas, hay un indicador que sugiere un impacto directo de la fecundidad adolescente sobre la trayectoria educativa: la asistencia a la escuela al momento de las encuestas. En efecto, vemos que, mientras que el 83% de las adolescentes nulíparas declara estar concurriendo, este porcentaje se reduce al 43% entre las madres, lo que probablemente se deba a las complicaciones transitorias o definitivas que impiden conciliar crianza y asistencia regular a la escuela.⁹

Gráfico 1
Estructura educativa de las mujeres de 15 a 19 años de edad según condición de maternidad.
Chile. Año 2009



Fuente: Procesamiento especial de la V ENAJU (2006) y la VI ENAJU (2009).

Finalmente están las *instituciones sanitarias*, históricamente miopes respecto de los/as adolescentes. En efecto, la distinción etaria clásica en los programas de salud en Chile ha sido entre niños (hasta 14 años cumplidos) y adultos (15 y más años), a la cual se le ha estado añadiendo las personas de edad (geriatría). Evidentemente esta segmentación

9 Rodríguez (2005) llegó a la misma conclusión usando el Censo de 2002: se observa mucha mayor diferencia en la variable asistencia que en la variable nivel educativo alcanzado (p. 135).

deja a los adolescentes, y en particular a su salud sexual y reproductiva, en “tierra de nadie”, ya que formalmente debieran ser atendidos por el programa infantil, pero los asuntos de sexualidad y reproducción no son abordados por este último. En el otro extremo, los programas de salud sexual y reproductiva para adultos se basan en supuestos de sistematicidad, autonomía y madurez que no se cumplen en el caso de los adolescentes. Si educar sobre el uso regular de anticonceptivos es una tarea no trivial a cualquier edad, en el caso de los adolescentes es un desafío mayor. De ahí el fracaso de los programas basados solo en la ampliación de la oferta, incluso gratuita, de anticonceptivos. Esta es necesaria pero no suficiente, porque hay que ajustar la oferta a la demanda y luego hay que asegurar su uso apropiado entre los/as adolescentes. Así las cosas, la ausencia de programas preventivos que consideren atención especializada, intervenciones integrales (incluyendo consejería) y principios de confidencialidad mantiene alejado a este grupo de edad de los servicios oficiales. Estas especificidades han impulsado la creación de programas del adolescente en las instituciones de salud. De hecho, el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile cuenta con uno, que ha promovido intervenciones novedosas y un nuevo acercamiento de política sociosanitaria a este sector de la población (MINSAL, 2009; Dides y Benavente, 2008). E incluso en clínicas privadas del país se han establecido unidades especializadas en la salud adolescente; claro que en este caso hay una barrera de acceso evidente: el costo de la atención.

Métodos y datos

96

Año 5
Número 8
Enero/
junio 2011

Para entregar un cuadro preciso y actualizado de la situación chilena en materia de fecundidad adolescente, en el presente estudio se utilizará principalmente la VI Encuesta de Juventud de Chile, de 2009, aunque también se considerarán ocasionalmente versiones previas de la misma. Se trata de una encuesta de 7,570 casos de entre 15 y 29 años (2,682 de 15 a 19), con un margen de error muestral del 1.15% a nivel nacional y un máximo de 5% para las regiones con menor número de casos, considerando un nivel de confianza del 95% y bajo el supuesto de varianza máxima. Su diseño muestral es estratificado por región, con distribución al azar de todas las otras variables de segmentación de la muestra (sexo, edad, nivel socioeconómico, etc.), por conglomerados y polietápico, y con distribución de residencia urbano/rural proporcional al interior de cada región (véase <www.injuv.gob.cl/injuv2010/6_encuesta>). También se usarán datos provenientes de estadísticas vitales¹⁰—una fuente privilegiada en el caso de Chile, ya que en muy pocos países de América Latina esta fuente ofrece información confiable— y datos censales (procesamientos, usando Redatam, de las bases de microdatos de 1982, 1992 y 2002, Tomo de resultados del Censo de 1970) pero solo de manera excepcional.

Se utilizarán tanto frecuencias, tabulados y series descriptivas, como análisis multivariados (un modelo de regresión logística) para poder detallar las tendencias, las caracte-

10 Anuarios *Demografía y Estadísticas Vitales* del INE, tanto en papel como en archivo: <www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php>.

rísticas y algunos factores de riesgo clave de la fecundidad adolescente en Chile. Los indicadores de esta fecundidad utilizados en el presente documento son:

- 1) tasa específica de fecundidad adolescente: cociente entre los nacimientos provenientes de mujeres de 15-19 años (se incluye en el numerador a los nacimientos de madres de menos de 15 años de edad) y la población media de mujeres de 15-19 años (tomada de las proyecciones oficiales de población, disponibles en: <www.ine.cl>) durante un año del calendario. Se expresan por mil;
- 2) porcentaje de mujeres de 15 a 19 años, como grupo y por edades simples, que declaran haber tenido uno o más hijos nacidos vivos (censos) o tener hijos (encuestas).

Todos los cálculos provenientes del procesamiento de la ENAJU 2009 serán obtenidos con la base de datos expandida, para asegurar resultados representativos del universo. De hecho, no se presentan los valores muestrales para evitar confusiones, por cuanto los porcentajes de los cuadros no son calculados sobre la base de esos valores. De todas maneras, se advertirá cuando los resultados provienen de categorías o celdas con menos de 5 casos. Lamentablemente, no se dispone de información para estimar los errores muestrales considerando el efecto diseño. Por ello, no es posible calcular intervalos de confianza rigurosos de las estimaciones de punto. Por cierto, en el caso de la estimaciones nacionales se puede aplicar el error muestral usado para calcular la muestras (1.15%), pero subestimaré el error real.

¿Está bajando la fecundidad adolescente en Chile?

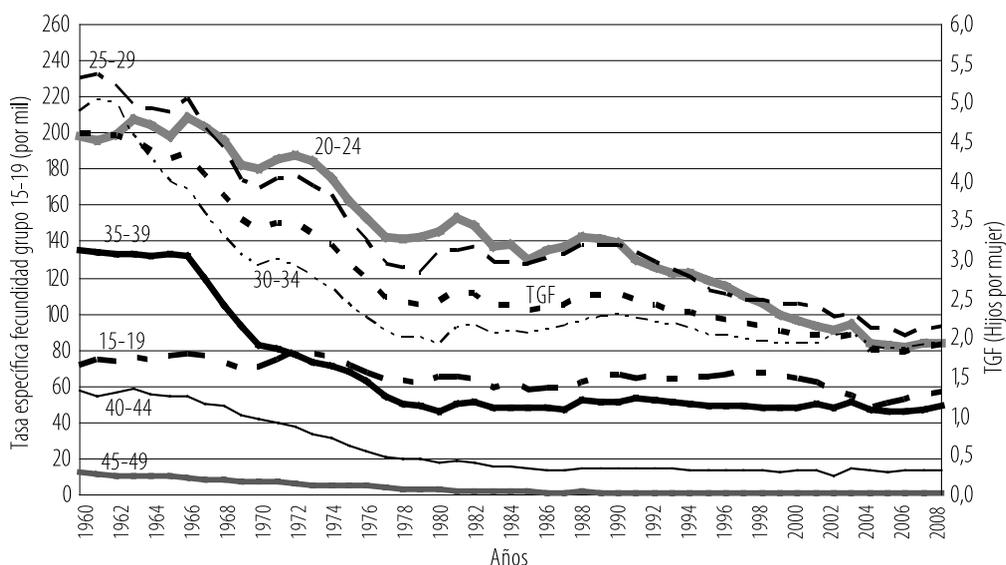
Aunque a primera vista se trata de una pregunta trivial, la realidad es más compleja porque el veredicto depende del período considerado y eventualmente del indicador, las metodologías y las fuentes usadas (Rodríguez, 2008 y 2005).

Según los datos del período 1960 a 2008 (Gráficos 2 y 3), la fecundidad adolescente en Chile cayó fuertemente entre 1972 y 1979, en concomitancia con un fuerte descenso de la fecundidad total, aunque con algún rezago respecto de esta última, que empezó a bajar a principios de la década de 1960. Durante casi toda la década de 1980, virtualmente se estabilizó, experimentando leves oscilaciones hasta 1987, nuevamente en concomitancia con la tendencia de la fecundidad total. Entre 1987 y 1998 aumentó de manera importante y sostenida, llegando a situarse muy cerca de los niveles observados en 1960; este comportamiento diverge de la fecundidad total, cuyo descenso recuperó ímpetu –en 1998 fue menos de la mitad de la registrada en 1960–. Entre 1999 y 2004 cayó pronunciadamente –por vez primera llegó a un nivel por debajo de 50 por mil–; incluso cae más pronunciadamente que la fecundidad total, aunque, con todo, en 2004 todavía era casi el 70% de la de 1960 (mientras que la fecundidad total ya era menos del 40% de la de 1960). Finalmente, en los últimos años, según la información disponible de 2005 a 2008, repunta nuevamente, llegando a niveles de 56 por mil en 2008.

Considerando ahora el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declaran haber tenido uno o más hijos nacidos vivos en los censos (1970 a 2002) y en la VI ENAJU (hijos

Gráfico 2

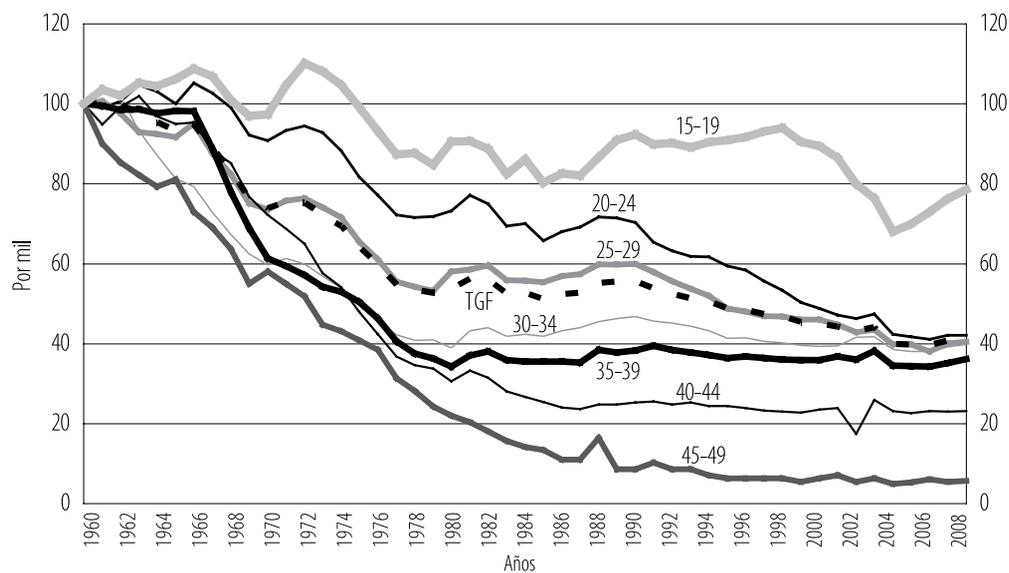
Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad. Chile. Años 1960-2008



Fuente: Anuarios *Demografía y Estadísticas Vitales*, Santiago de Chile: INE, en <www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php>.

Gráfico 3

Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad (tasa de 1960 =100). Chile. Años 1960-2008



Fuente: Cálculos a partir del Gráfico 2.

vivos), los resultados (Cuadro 3) muestran, en concordancia con las tasas específicas de fecundidad, el contrapunto entre la tendencia registrada entre los Censos de 1970 y 1982 y la que sigue después, que corresponde a un aumento leve pero sostenido de la maternidad adolescente hasta 2002. Asimismo, el valor de la VI ENAJU (inferior al del Censo de 2002) es consistente con la tendencia entre 2002 y 2008, ya que el aumento desde 2005 no ha llevado la tasa a niveles superiores a los registrados antes de 2002.

El Cuadro 3 ofrece una información adicional, cual es la reducción de la fracción que representan las adolescentes que repiten maternidad. El grueso de esta caída se verificó entre 1970 y 1982, aunque también es fuerte entre 2002 y 2009, lo que puede estar afectado por ser fuentes diferentes. Esta reducción del porcentaje de adolescentes multíparas entre las madres adolescentes tiene implicaciones sustantivas y de política, pues esas adolescentes suelen ser un grupo particularmente vulnerable. Y también tiene un efecto metodológico en materia de comparabilidad entre la tasa de fecundidad adolescente y el porcentaje de madres adolescentes, que será considerado más adelante en este trabajo.

Cuadro 3

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declara haber tenido uno o más hijos nacidos vivos y distribución relativa según hayan tenido un hijo o más de uno. Chile. Años 1970-2002

Censo	Porcentaje de madres	Madres: proporción según número de hijos	
		1 hijo	2 y más hijos
1970	24.6	75.2	24.8
1982	11.0	81.9	18.1
1992	11.8	84.7	15.3
2002	12.3	85.6	14.4
2009*	10.7	93.8	6.2

Fuente: Para 1982, 1992 y 2002: Rodríguez, 2005, Cuadro 4 (procesamiento de microdatos censales); para 1970: Tomo de resultados finales del Censo, Cuadro N° 38; para 2009: procesamiento especial de la VI ENAJU.

*Nota: En la ENAJU 2009 se pregunta por hijos vivos, por lo que difiere de los hijos "tenidos vivos" que consulta el Censo (la diferencia es la mortalidad infantil). Por ende, el valor de la ENAJU 2009 subestima en algo la maternidad adolescente.

Las cifras del Cuadro 3 atañen a todo el grupo de 15 a 19 años, por lo que se trata de datos "truncados" ya que ninguna de las muchachas consideradas ha terminado su exposición al riesgo de ser madre adolescente. Un indicador aproximado de la probabilidad de ser madre durante la adolescencia es el porcentaje de madres entre las muchachas de 19 años. Y según este indicador, estable entre 1982 y 2002, una de cada 4 mujeres chilenas tiene su primer hijo durante la adolescencia (Rodríguez, 2005, Cuadro 3).¹¹

Un análisis aparte debería hacerse para las madres precoces, es decir aquellas que procrean antes de cumplir los 15 años, pero estas han sido invisibilizadas estadística y

11 El porcentaje alcanza al 21% en la ENAJU 2009 (véase el Cuadro 5).

discursivamente (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011). Y si bien son un número menor—desde mediados de la década de 1990 ocurren alrededor de 1,000 casos anuales, que representan algo menos del 3% de los nacimientos del grupo de 15-19 años de edad—, constituyen situaciones de adversidad particularmente agudas.

En conclusión, la fecundidad adolescente en Chile en los últimos 50 años ha tenido una trayectoria que se distingue de las otras edades por su resistencia a la baja. Por cierto, en comparación con 1960 (es decir, previamente al descenso acelerado y sostenido de la fecundidad total), es más baja en la actualidad. Pero su caída ha sido menos pronunciada que la de los otros grupos de edad y, además, tuvo una docena de años de alza (1987-1999) que fue exclusiva de este grupo. Desde 1999 a 2004 cayó de manera importante, pero luego de esa fecha no ha seguido haciéndolo, pues experimentó un repunte. Esta tendencia de los últimos 50 años sugiere que, a pesar de la existencia de factores socioeconómicos que promueven una fecundidad controlada para todos los grupos de edad, los medios disponibles para ejercer ese control no han sido tan eficientes y efectivos entre las adolescentes.

¿Está modificándose la tradicional desigualdad socioeconómica de la fecundidad adolescente?

Como en todos los países de América Latina (y del mundo en general), la fecundidad adolescente presenta un sesgo socioeconómico fuerte, pues es significativamente mayor entre los grupos pobres (Dides y Benavente, 2008; Rodríguez, 2005; Guzmán *et al.*, 2001). Sin embargo, para hacer un seguimiento riguroso de esta desigualdad hay que usar indicadores de segmentación socioeconómica apropiados. En particular, el uso de la educación sería parcialmente incorrecto en Chile, porque las adolescentes sin instrucción son un grupo muy menor y en el cual están sobrerrepresentados casos de minusvalidez que limitan conjuntamente la inserción escolar y la capacidad de procrear (Rodríguez, 2005).

Por eso, en una investigación llevada a cabo por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) se emplearon quintiles socioeconómicos usando microdatos censales (para más detalles, véase CEPAL, 2005). Y las estimaciones indirectas de la tasa de fecundidad adolescente mostraron una leve caída entre 1992 y 2002.¹² Pero, como esta caída fue más intensa entre los quintiles socioeconómicos superiores, la desigualdad socioeconómica de la fecundidad adolescente, en particular la razón entre quintiles extremos, aumentó (Cuadro 4), lo que no ocurrió con la fecundidad total (CEPAL, 2005, Cuadros III.8 y III.9).

12 Por varias razones, este resultado no es forzosamente contradictorio con la ligera alza de la maternidad adolescente entre 1992 y 2002 mostrada en el Cuadro 3. Entre estas razones está que la tasa específica de fecundidad considera en su cálculo todos los órdenes de nacimiento y, por ende, su tendencia es influida por la reducción de los órdenes superiores a 2, mostrada en el Cuadro 3. En cambio, para el cálculo de la maternidad adolescente solo son relevantes los nacimientos de orden 1 (suficiente para que la muchacha ingrese a la categoría de madre), cuya participación en el total de nacimientos de madres adolescentes ha aumentado (como muestra el Cuadro 3).

Cuadro 4
Tasa específica de fecundidad (por mil) de mujeres de 15 a 19 años según quintil socioeconómico.
Chile. Años 1992-2002

Zona de referencia	Año	Quintil 1 (más pobre)	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5 (más rico)	Razón quintiles extremos (Q1/Q5)
Total	1992	100.6	77.5	70.8	64.9	31.1	3.235
	2002	93.5	76.9	68.7	49.8	22.2	4.212
Variación	Abs.	-7.16	-0.63	-2.05	-15.1	-8.88	<i>Leve baja de la tasa y alza de la desigualdad</i>
	%	-7.1	-0.8	-2.6	-21.3	-13.7	
Urbano	1992	91.5	67.7	71.3	57.5	26.6	3.440
	2002	90.3	76.4	64.6	43.9	20.5	4.405
Variación	Abs.	-1.14	8.66	-6.7	-13.6	-6.1	<i>Leve baja de la tasa y alza de la desigualdad</i>
	%	-1.2	12.8	-9.4	-23.6	-22.9	

Fuente: CEPAL, 2005, Cuadro III.9, p. 208.

La desigualdad socioeconómica de la fecundidad adolescente también puede examinarse transversal y longitudinalmente con las ENAJU, tal como se hace en Rodríguez y Di Cesare (2010). Sin embargo, cuatro advertencias metodológicas deben hacerse previamente: i) en la ENAJU se consulta por hijos vivos y no por hijos tenidos (por la baja mortalidad en Chile es probable que la diferencia entre ambas sea menor); ii) la variable de segmentación socioeconómica en la ENAJU es el grupo socioeconómico típico de los estudios de mercado, a saber la Matriz de Clasificación ESOMAR: ABC1, C2, C3, D, E; iii) las encuestas tienen error muestral, que aumenta al considerar submuestras; iv) la composición etaria de las muestras y submuestras tiene sesgos que influyen directamente en las estimaciones en el caso de atributos fuertemente afectados por la edad. En el caso de la ENAJU 2009, por ejemplo, el GSE ABC1 de mujeres de 15 a 19 años tiene un 30% de la edad 15, mientras que el resto de los GSE tienen entre un 23 y un 19% de esa edad. Y tales diferencias también se dan entre encuestas, por lo que su comparación diacrónica entraña altos riesgos.

Por lo anterior, el seguimiento que se hace en este trabajo debe ser considerado con mucha cautela. En el Cuadro 5 se aprecia que, en concordancia con las tendencias de la fecundidad adolescente desde 2005, en todos los estratos socioeconómicos la maternidad adolescente se eleva. Sin embargo, como el aumento en el estrato más acomodado fue más intenso (en términos relativos) que el incremento en el estrato más pobre, la desigualdad (medida en este caso como razón entre los estratos extremos) se redujo; de hecho, mientras que en 2006 la maternidad adolescente del grupo E era 16.8 veces la del grupo AB, en 2009 era 11 veces. La desagregación según edad y nivel socioeconómico no tiene propósitos interpretativos por los altos errores muestrales asociados a estos valores.

Cuadro 5
Evolución del porcentaje de madres adolescentes según edad simple y grupo socioeconómico.
Chile. Años 2006 y 2009

Grupo socioeconómico	Edades simples					Total
	15	16	17	18	19	
2006						
ABC1	0.0	0.0	6.2	0.0	0.0	0.9
CA	0.0	1.1	5.9	2.7	10.8	3.7
CB	0.0	1.3	4.5	16.4	15.3	7.0
D	0.4	8.8	14.1	14.7	35.0	12.4
E	1.8	6.1	13.2	15.6	41.0	14.4
Total	0.3	4.5	9.2	12.1	21.9	8.6
2009						
ABC1	4.3	0.0	0.0	0.9	1.8	1.8
CA	0.0	3.2	2.4	11.6	17.0	6.4
CB	0.0	0.1	8.1	17.5	21.5	9.7
D	2.2	4.0	9.7	24.8	29.0	13.7
E	5.2	15.5	27.8	29.8	19.7	19.2
Total	1.7	4.1	8.9	19.1	21.2	10.7

Fuente: Procesamiento especial de la V y la VI ENAJU.

102

Año 5
 Número 8
 Enero/
 junio 2011

Para verificar que las diferencias entre 2006 y 2009 fuesen genuinas y no el resultado de cambios de estructura —en particular etaria, pero también socioeconómica (y la interacción entre ambas)— del grupo de referencia (mujeres de 15 a 19 años), se tipificaron los resultados de 2009 usando para ello la estructura de la población de mujeres de 15 a 19 años de 2006. La conclusión es que el cambio de estructura socioeconómica no tiene efecto, pues el porcentaje de madres adolescente se mantiene, pero sí tiene un efecto el cambio de estructura etaria, pues de haberse mantenido la de 2006 el porcentaje de madres no habría sido de 10.7% sino de 10.1%. Considerando el cambio simultáneo de ambos factores, es decir incluyendo su interacción, la maternidad adolescente habría sido de 9.9%. En conclusión, la comparación del porcentaje de madres adolescentes está afectada por las modificaciones de estructura etaria y socioeconómica entre ambas muestras; pero, luego de controlar esta distorsión, se verifica que la maternidad adolescente en 2009 sigue siendo mayor que la de 2006.

Maternidad adolescente, determinantes próximos y fecundidad no deseada: las desigualdades relevantes para efectos de política

Como ya se explicó en el marco conceptual, son cuatro las variables intermedias que tienen un efecto decisivo sobre la maternidad adolescente: la edad de la menarquia, la edad de iniciación sexual, el uso de anticonceptivos y el aborto. Su combinación también incide decisivamente sobre los niveles de fecundidad/maternidad no deseada. Respecto de

la primera, hay consenso en que la menarquia se ha adelantado (Silber y Castells, 2003; Bozón, 2003), pero su efecto sobre la fecundidad adolescente que se examina en este estudio (grupo 15-19 años) es marginal, porque a la edad 15 la abrumadora mayoría de las adolescentes ya ha tenido su menarquia.¹³ Respecto de los otros tres determinantes, en particular el aborto, hay pocos datos especializados en Chile (en gran medida por la ausencia de encuestas expertas, como por ejemplo las Encuestas de Demografía y Salud –DHS–), lo que históricamente ha sido una limitante crucial para el conocimiento e investigación rigurosa del comportamiento sexual como determinante próximo de la fecundidad. En un trabajo reciente (Rodríguez y Di Cesare, 2010) se usan las encuestas disponibles para examinar tendencias y desigualdades en materia de iniciación sexual y uso de anticonceptivos. Habida cuenta de las limitaciones y riesgos que tienen las encuestas para seguimientos más desagregados, en este trabajo solo haremos un análisis transversal de la desigualdad social de la maternidad adolescente, los determinantes próximos (incluyendo por primera vez al aborto) y la fecundidad no deseada (también incluida por vez primera). Dentro de lo posible, se intentará controlar el efecto distorsionador de las estructuras etarias de cada nivel socioeconómico.

La base del análisis es el Cuadro 6, que muestra una marcada desigualdad socioeconómica de la maternidad adolescente, ya que esta aumenta, de manera bastante sistemática, a medida que el nivel socioeconómico disminuye. Para controlar el efecto de la estructura etaria, se tipificaron los valores de cada grupo usando la estructura etaria del grupo ABC1; los resultados muestran cambios ligeros (1.8, 5.8, 7.8, 12.0 y 17.6) y mantienen la tendencia al aumento de la maternidad adolescente con la reducción del nivel socioeconómico.

Resulta interesante observar que esta desigualdad ha comenzado a desdibujarse en el caso de la iniciación sexual. Por cierto, todavía existe, pero es mucho menor que en el pasado (Rodríguez y Di Cesare, 2010). Adicionalmente, la diferencia de género –típicamente los hombres declaraban iniciarse bastante antes que las mujeres– también se ha estrechado significativamente. Nuevamente se tipificó, para las mujeres, usando la estructura etaria del ABC1; y las cifras (43.0; 41.6; 41.8; 43.3; 48.4) ratifican la convergencia socioeconómica en materia de iniciación sexual.

Muy diferente es el caso del uso de anticoncepción a la primera relación sexual –indicador relevante de conducta preventiva de embarazo durante la adolescencia (Rodríguez y Di Cesare, 2010)–, donde la brecha entre los dos grupos socioeconómicos superiores (ABC1 y C2) y el resto se mantiene amplia, tanto en hombres como en mujeres; más aún, la diferencia entre el grupo de mayor nivel socioeconómico y el de menor nivel es casi el doble, superior a la registrada en 2006 por la V ENAJU (Rodríguez y Di Cesare, 2010), lo que se debe al aumento del uso de protección en la primera relación sexual en el grupo ABC1.

13 Distinto es el caso de la fecundidad precoz (menor de 15 años), para la cual la menor edad de la menarquia puede ser importante. Esta fecundidad precoz importa por varias razones, pero su cuantía poblacional es muy inferior a la fecundidad adolescente examinada en este estudio. Para un análisis reciente de la fecundidad precoz en América Latina, véanse Gómez, Molina y Zamberlin, 2011.

Ahora bien, lo anterior no significa forzosamente que esta disparidad en materia de uso de anticonceptivos corresponda a una desigualdad en sentido estricto. En efecto, si las muchachas más pobres desean quedar embarazadas, entonces su menor prevalencia anticonceptiva resulta de sus decisiones y no de restricciones externas. Evidentemente, esto no convierte a la maternidad adolescente en un asunto inocuo, pero sí la sitúa en un escenario distinto para efectos de política, toda vez que la acción típica del sector público (abatir las barreras de acceso a los anticonceptivos para los/as adolescentes) tendría un efecto menor. Y justamente la falta de información sobre el carácter deseado o no de los embarazos adolescentes constituía una laguna complicada para extraer conclusiones de política a partir de estos datos. Más aún, la existencia de estudios que, basados en encuestas especializadas previas a la década de 2000, mostraban índice de fecundidad deseada relativamente altos entre las madres adolescentes (Guzmán *et al.*, 2001), típicamente fue usada para “comprender” la menor prevalencia de protección anticonceptiva entre las muchachas pobres.

Pero las cifras más recientes de América Latina (Jiménez, Aliaga y Rodríguez, 2011) muestran que esto último ha cambiado, que los niveles de fecundidad no deseada entre las adolescentes son ahora mayores que en el resto de las edades y que las desigualdades sociales se expresan claramente en esta materia: dichos niveles son muy superiores entre las adolescentes pobres.

La ENAJU 2009 permite, como nunca antes en Chile, abordar empíricamente este asunto. Y sus resultados son concluyentes: la ocurrencia de embarazos no deseados aumenta sistemática y significativamente con la reducción del nivel socioeconómico, llegando a niveles superiores al 40% entre las adolescentes más pobres. Se trata, sin duda, de un hallazgo crucial, no solo por su novedad sino por sus implicaciones de política. Claramente se derivan de lo anterior una *necesidad insatisfecha de anticoncepción, un derecho reproductivo conculcado y un Objetivo de Desarrollo del Milenio (el relativo a acceso universal a salud reproductiva) incumplido*. Entonces, la respuesta de política tiene como elemento clave y como desafío mayor el abatimiento de las barreras de acceso a los anticonceptivos para los/as adolescentes (Rodríguez y Di Cesare, 2010). Pero no se trata meramente de expandir la oferta y el acceso a anticonceptivos, sino de lograr un uso deseado regular y eficiente, lo que requiere de educación sexual integral y de servicios de capacitación y consejería para un empoderamiento de los/as adolescentes tendiente a evitar conductas de riesgo de embarazo no deseado.¹⁴

Finalmente, el Cuadro 6 ofrece antecedentes novedosos sobre dos variables intermedias que, de acuerdo con los conocimientos del autor, nunca han podido ser indagadas empíricamente en Chile en relación con la fecundidad adolescente. Se trata de la incidencia, desagregada según grupo socioeconómico y sexo, de la anticoncepción de emergencia (ACE) y del aborto inducido.

14 Por el enfoque teórico y los hallazgos del estudio, este empoderamiento se refiere al uso de anticonceptivos. Pero también puede servir para otras decisiones y conductas preventivas, entre ellas la postergación del debut sexual y la evitación de actividad sexual.

Respecto de la ACE –asunto altamente sensible en la época de la encuesta y que se zanjó políticamente en enero de 2010 con la aprobación de la Ley N° 20.418 sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad–,¹⁵ se advierte una prevalencia de uso aparentemente baja, pero que no lo es tanto cuando se considera que se calcula respecto de toda la población que ha tenido actividad sexual en los 12 meses previos a la encuesta. En materia de desigualdad, las cifras muestran un contraste socioeconómico mayor entre las mujeres, en particular entre los grupos extremos, pues la prevalencia de uso en el grupo ABC1 triplica a la del grupo E. No obstante, estas cifras tan categóricas son matizadas por la prevalencia de los grupos socioeconómicos C2 y D, que es cercana a la del grupo ABC1.

Cuadro 6

Tenencia de hijos, determinantes próximos de la fecundidad (iniciación sexual, iniciación protegida, anticoncepción de emergencia y aborto inducido) y fecundidad no deseada, según sexo y grupos socioeconómico, en adolescentes de 15 a 19 años de edad. Chile. Año 2009

Sexo	Grupo socioeconómico	Tiene hijos vivos	Ha tenido relaciones sexuales penetrativas	Usó métodos de prevención en la primera relación sexual	Usó ACE en los últimos 12 meses	Ha tenido embarazos no deseados (solo entre iniciados/as sexualmente)	Se ha realizado (o su pareja) aborto (solo entre quienes han tenido embarazos no deseados)
Hombres	ABC1	2.5	46.0	80.2	9.5	5.7	70.5
	C2	0.9	48.7	65.7	15.0	8.6	34.8
	C3	1.1	50.3	53.9	8.9	7.0	32.9
	D	3.0	48.6	53.8	7.9	9.3	34.3
	E	3.4	53.2	43.6	9.8	10.7	38.1
	Total	2.0	49.3	57.9	10.7	8.6	36.0
Mujeres	ABC1	1.7	43.0	75.6	15.8	9.7	26.5
	C2	6.4	44.3	75.8	6.8	17.8	9.6
	C3	9.7	45.5	58.7	12.3	19.1	3.3
	D	13.7	47.1	50.4	12.6	34.1	4.0
	E	19.2	52.9	38.1	4.9	41.1	7.6
	Total	10.7	46.4	58.8	10.2	26.4	6.2

Fuente: Procesamiento especial de la ENAJU 2009.

Respecto del aborto inducido –cuyo indicador se calcula solo sobre las personas que han declarado haber tenido un embarazo no deseado, por lo que no es directamente indicador de prevalencia–, las diferencias son mucho más claras. Primero, son manifiestas entre hombres y mujeres, ya que los primeros sextuplican a las segundas. Ciertamente la brecha es demasiado grande. Si bien se puede deber parcialmente a las diferencias de parejas sexuales entre las y los adolescentes, también es probable que se explique en parte por

una resistencia de las mujeres a reconocer el hecho, dadas las implicaciones morales y judiciales que tiene en Chile. En cualquier caso, es necesaria una indagación mayor sobre el tema. Y en materia de desigualdad socioeconómica, los resultados son elocuentes tanto en hombres como en mujeres: el aborto es utilizado más frecuentemente por los adolescentes de clase alta.

Por último, en el Cuadro 7 se presenta un modelo de regresión logística con el objetivo de evaluar si la protección anticonceptiva tiene efectos netos del factor socioeconómico, controlando por el factor edad. Los resultados muestran lo ya sabido: la chance de experimentar maternidad adolescente aumenta con la edad (casi un 100% al pasar de un año a otro, mero efecto del mayor tiempo de exposición al riesgo al evento), y se reduce significativamente con el nivel socioeconómico; en efecto, la chance de ser madre adolescente entre el grupos ABC1, controlando la edad, es solo una décima parte de la del grupo E.

Y, asimismo, los resultados muestran que la conducta preventiva desde el inicio de la actividad sexual también importa: las muchachas que iniciaron su vida sexual sin usar anticonceptivo tienen tres veces más chances de ser madres adolescentes que las que lo hicieron con protección.¹⁶

Cuadro 7
Odds ratios de la edad, el GSE y el uso de anticoncepción en la primera relación sexual sobre la maternidad adolescente. Chile. Año 2009

Variable condicionante	Razón de disparidad (<i>odds ratio</i>)
Edad	1.526599
GSE	
E (referencia)	
ABC1	0.107015
C2	0.415636
C3	0.540558
D	0.781189
Uso de anticoncepción en la primera relación sexual	
Sí (referencia)	
No	3.018732
No recuerda	25.26608
No sabe	1.892819
Constante	0.00016

Fuente: Cálculos propios basados en la ENAJU 2009.

16 Las chances 26 veces superiores de quienes “no se acuerdan” si usaron, son más bien anecdóticas, porque se trata de un número muy pequeño de casos.

Conclusión, discusión y sugerencias de política

La ENAJU 2009 amplía la visión existente sobre la desigualdad socioeconómica de la reproducción durante la adolescencia. Esta desigualdad se debe al acceso diferencial de los distintos grupos socioeconómicos a medios anticonceptivos (y probablemente también al acceso diferencial a los conocimientos, poderes y habilidades para su utilización efectiva), lo que redundaría en índices de maternidad total y no deseada mucho más altos entre los pobres. Más aún, los grupos de más altos ingresos, que previenen mucho más el embarazo no deseado con anticoncepción, tienen, en caso de que este igualmente ocurra, un mayor acceso a la ACE y una mayor prevalencia de aborto inducido. Así, al igual que lo acontecido con las encuestas CAP y las encuestas del programa World Fertility Survey –que captaron la demanda insatisfecha de planificación familiar en América Latina en las décadas de 1960 y 1970 y anticiparon el éxito a los programas destinados a ofrecer estos servicios–, la ENAJU 2009 es altamente sugerente de la urgencia de atender con efectividad los requerimientos anticonceptivos aún no cubiertos que tienen las adolescentes, en particular las más pobres.

Considerando la importancia de esto último, en el Cuadro 8 se tabulan las respuestas a la consulta sobre las razones para no haber usado anticoncepción en la última relación sexual. Claramente sobresalen cinco razones: irresponsabilidad, incomodidad, falta de acceso oportuno (combinación de barrera de acceso y falta de planificación), carencia de recursos y déficit de empoderamiento (menciones a no uso porque “la pareja no quería”). El desconocimiento y el deseo de embarazo son marginales. Este conjunto de antecedentes novedosos y recientes simplemente refuerza lo ya dicho: a) la acción pública es imprescindible no solo por las adversidades y las inequidades de la reproducción temprana sino también porque es básicamente no deseada;¹⁷ b) la acción pública tiene que ser integral y sensible a las especificidades de los/as adolescentes, dada la diversidad y complejidad de razones para el no uso de anticonceptivos.

En efecto, por las complejidades inherentes a esta etapa de la vida, pensar que los/as adolescentes van a actuar *naturalmente* de manera responsable y perita, previniendo los embarazos no deseados, es equivocado. Asimismo, pensar que las familias –los progenitores y/o las personas a cargo de los hogares donde viven– van a contener los impulsos y/o a asegurar el autocontrol y la conducta preventiva de los/as adolescentes es ingenuo en una sociedad como la chilena, donde lo que prima es una amplia gama de señales, estímulos e incentivos contradictorios en materia de conducta sexual. Por lo demás, esta apuesta por el supuesto “blindaje familiar” dejaría automáticamente sin protección a los/as adolescentes cuyas familias no están en condiciones siquiera de abordar el tema.¹⁸

17 A su vez, esta conclusión es apoyada por otro dato de la ENAJU, no mostrada en este documento, que indica que, por lejos, la razón principal para usar condón (el método más usado) en la última relación sexual fue “prevenir un embarazo”.

18 Porque no existen, no funcionan, no ejercen supervisión, o porque imponen *a priori* y unilateralmente criterios, contra la opinión y el derecho del adolescente.

Cuadro 8
Razones para no usar anticonceptivos en la última relación sexual, según sexo.
Población de 15 a 19 años. Chile. Año 2009

Razones	Hombre	Mujer	Total
No conoce o no sabe usar ningún método	3.0	3.2	3.1
No se atrevió a sugerirlo	6.0	8.4	7.1
No se atrevió a preguntar si su pareja usaba alguno	4.4	2.6	3.5
No le gusta usar ninguno de los métodos que conoce	17.9	15.4	16.7
Su pareja no quería usar ningún método	4.4	7.6	5.9
Quería tener un/a hijo/a (quedar embarazada)	0.9	5.7	3.1
Lo solicitó en un consultorio y no se lo dieron	0.3	1.3	0.8
No tuvo dinero para comprarlo	7.9	7.1	7.5
Porque su religión no le permite usarlos	0.0	0.0	0.0
Porque es ilegal a su edad usar métodos	0.0	0.1	0.0
Su familia se enteraría de que tiene relaciones sexuales	1.5	3.2	2.3
No supo dónde conseguirlos	4.4	3.5	4.0
Le da vergüenza pedir anticonceptivos a su familia	1.7	3.9	2.7
Le da vergüenza pedir anticonceptivos en el consultorio	1.1	2.5	1.7
No pudo conseguir un método (farmacia o consultorio cerrado, sexo no planificado, etc.)	16.0	9.3	12.9
Por irresponsabilidad	32.3	28.1	30.3
Otra razón	9.5	16.6	12.8
No responde	7.8	7.7	7.7

108

Año 5

Número 8

Enero/

junio 2011

Fuente: Procesamiento especial de la ENAJU 2009.

Nota: Los porcentajes suman más de 100 porque se permitieron hasta tres respuestas por respondedor.

Cuando las sociedades y sus instituciones niegan estas complejidades específicas de la adolescencia y, en particular, son miopes respecto de la condición de sujetos sexuales de los/as adolescentes y, además, no ofrecen oportunidades vitales efectivas para una fracción importante de esa población, ni empoderan a las muchachas para enfrentar las presiones de sus contrapartes masculinas, entonces se generan fuerzas que favorecen la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente. Estas últimas condiciones socioeconómicas, culturales e institucionales configuran los factores estructurales que explican la comparativamente alta (respecto de su fecundidad total) y muy desigual fecundidad adolescente en Chile.¹⁹

En materia de políticas, el escenario ideal sería el de adolescentes con pleno dominio de sus destinos y que toman decisiones que estratégicamente no les resultan adversas (y, mejor aún, que les resultan beneficiosas). Pero todo el análisis aquí expuesto revela que en

19 El análisis de factores estructurales todavía es válido en sociedades desarrolladas con niveles bastante más bajos de fecundidad adolescente que Chile. En tales análisis, factores estructurales novedosos para Chile, como las políticas familiares y el desempeño de los Estados de Bienestar, adquieren relevancia (Rendall y otros, 2009).

el Chile actual, la condición de agencia, autodeterminación y proyección estratégica de los/as adolescentes enfrenta restricciones severas. Lo anterior deja espacios significativos para las políticas públicas: incentivar y promover, mediante políticas y programas públicos, comportamientos estratégicos y responsables contribuye a enfrentar con eficacia el problema. El debate sobre la noción misma de responsabilidad –para algunos es sinónimo de abstinencia y para otros de prevención eficaz, incluyendo la de emergencia si se hace necesario– no debe ser obstáculo para brindar el apoyo y los servicios necesarios con vistas a lograr adolescentes sanos y en condiciones plenas de aprovechar y disfrutar su adolescencia. De hecho, promover un debut sexual en condiciones apropiadas (libre, informado, reflexivo) debiera ser parte de estas políticas. Y si se considera, como lo sugiere la investigación comparada (Breibauer y Maddaleno, 2005), que iniciaciones muy tempranas son más riesgosas, entonces es razonable informar y actuar al respecto. Pero –y este es el contrapunto central– un comportamiento responsable es esencialmente una conducta preventiva y eso puede lograrse, por lo menos en lo que atañe al embarazo no deseado, mediante protección efectiva desde la primera relación sexual, lo que debería ser un objetivo explícito y operacional de la política de salud sexual y reproductiva del país.

Y si la promoción de una sexualidad responsable es clave, las políticas de salud sexual y reproductiva al respecto no pueden ser homogéneas entre los grupos etarios, porque las condiciones vitales y las necesidades difieren notablemente entre los adolescentes y los adultos. Son imprescindibles programas específicos; su ausencia solo implicará marginar a este grupo que difícilmente se incorpora a programas que pueden ser exitosos para el resto de las edades reproductivas. Un componente central de dichos programas es la participación de los/as adolescentes, que tienen un conocimiento vivencial de su situación que es crucial y que no siempre es asequible para los expertos; adicionalmente, es sabido que la principal influencia en este grupo etario es la de su pares, por lo que cada adolescente participante y empoderado en estos programas tiene un efecto multiplicador que puede llegar a ser significativo.

Finalmente, en el plano de la investigación futura, este estudio ratifica la urgente necesidad de datos y análisis especializados (sociodemográfico) sobre este tema, ya que la información disponible en materia de determinantes próximos (en particular conducta sexual y anticonceptiva) proviene de fuentes no especializadas y es bastante limitada.

Bibliografía

- ALI, M. y J. Cleland (2005), "Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis", en *Social Science & Medicine*, 60(6), Amsterdam: Elsevier, pp. 1175-1185.
- ALVES, J. y S. Cavenaghi (2009), "Timing of childbearing in below replacement fertility regimes: how and why Brazil is different?", documento presentado en la Sesión 28ª "Timing of childbearing" de la XXVI Conferencia Internacional de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP, según su sigla en inglés), Marrakech, Marruecos, 27 de septiembre al 2 de octubre.
- BARBER, M. y M. Mourshed (2008), *¿Cómo hicieron los sistemas educativos con mejor desempeño del mundo para alcanzar sus objetivos?*, Santiago de Chile: San Marino, Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe núm. 41.
- BECKER, G. y R. Barro (1986), "Altruism and the Economic Theory of Fertility", en Davis Kingsley, Mikhail Bernstam y Rita Ricardo-Campbell, *Below-Replacement Fertility in Industrial Societies*, suplemento al vol. 12 de *Population and Development Review*, Nueva York: The Population Council.
- BINSTOCK, G. y E. Pantelides (2006), "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico", documento presentado en la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, CEPAL, 14 y 15 de noviembre, en <www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/27255/Binstock.pdf>.
- BONGAARTS, J. (1982), "Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad", en *Ensayos sobre población y desarrollo*, núm. 3, Bogotá: Corporación Centro Regional de Población y The Population Council.
- BONGAARTS, J. y B. Cohen (1998), "Adolescent reproductive behavior in the developing world", en *Studies in Family Planning*, 29 (2), Nueva York: Population Council.
- BOZÓN, M. (2003), "À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes", en *Population et sociétés*, núm. 391, París: Institut National d'Études Démographiques (INED).
- BRAVO, J. (1992), "Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿qué relevancia tiene el enfoque difusionista?", en *Notas de Población* (56), Santiago de Chile: CEPAL, pp. 33-55.
- BREIBAUER, C. y M. Maddaleno (2005), *Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescent*, Washington: PAHO.
- BUVINIC, M. (1998), "Costos de la Maternidad Adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México", en *Studies in Family Planning*, 29 (2), Nueva York: Population Council, pp. 201-209.

- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2005), *Panorama social de América Latina 2005*, Santiago de Chile: CEPAL.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)/ORGANIZACIÓN IBERO-AMERICANA DE JUVENTUD (OIJ) (2008), *Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar*, Santiago de Chile: CEPAL.
- COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA (CONASIDA) (2000), *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Chile 2000*, Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- DI CESARE, M. y J. Rodríguez (2006), “Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia”, en *Papeles de Población* (48), Toluca (México): Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 107-140.
- DIDES, C. y C. Benavente (2008), *Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile*, Santiago de Chile: FLACSO/MINSAL/UNFPA.
- DULANTO, E. (2000), *El adolescente*, México: McGraw-Hill Interamericana.
- FLOREZ, C. y J. Núñez (2003), “Teenage childbearing in Latin American countries”, en S. Duryea, A. Cox y M. Ureta, *Critical decision at a critical age. Adolescents and young adults in Latin America*, Washington: BID.
- FURSTENBERG, F. (1998), “When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for Developing Countries”, en *Studies in Family Planning*, 29 (2), Nueva York: Population Council.
- GÓMEZ, I., R. Molina y N. Zamberlin (2011), *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*, Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos.
- GUZMÁN, J. M. et al. (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe*, México D.F.: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- HAVEMAN, R. B. y otros (1997), “Do teens make rational choices? The case of teen nonmarital childbearing”, University of Wisconsin-Madison, Institute for Research on Poverty, Discussion Paper No. 1071-95, en <www.irp.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp113797.pdf>.
- JIMÉNEZ, M., L. Aliaga y J. Rodríguez (2011), *Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva*, Santiago de Chile: CELADE, Serie Población y Desarrollo núm. 97.
- JUÁREZ, F. y C. Gayet (2005), “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas”, en *Papeles de Población*, (45), Toluca (México): Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 177-219.
- LETE, I., J. de Pablo, C. Martínez y J. Parrilla (2001), “Embarazo en la adolescencia”, en C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. L. de Pablo, *Manual de salud reproductiva en la adolescencia: aspectos básicos y clínicos*, Madrid: Sociedad Española de Contracepción.

LERNER, S. y A. Guillaume (2008), “Las adversas consecuencias de la legislación restrictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoamericana”, trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba (Argentina), del 24 al 26 de septiembre.

MCDEVITT, T. M., A. Adlakha, T. B. Fowler y V. Harris-Bourne (1996), “Trends in adolescent fertility and contraceptive use in developing world”, en U.S. Bureau of the Census, *Report IPC/95-1*, Washington DC: U.S. Government Printing Office.

OLIVEIRA, M. C. y J. Vieira (2010), “Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006”, en *Revista Latinoamericana de Población*, año 3, núm. 6, Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), pp. 12-39.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) (2002), “Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010”, en *El Vigía*, 5 (15), Santiago de Chile: MINSAL, edición especial, en <<http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>>.

----- (2007), “Decreto 48/07. Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad”, en *Diario Oficial* del 03/02/07, en <www.minsal.cl/juridico/DECRETO_48_07.doc>.

----- (2009), *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*, Santiago de Chile: MINSAL.

MONTESINO, S. (1997), *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje en Chile*, Santiago de Chile: Sudamericana.

NACIONES UNIDAS (1994), *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, en <www.unfpa.org/icpd/icpd-programme_spa.cfm#ch7>.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD (ORAS)-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE (CONHU) (2009), *Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Acta de Constitución*, en <www.orasconhu.org/index.php?IDIOMA=SP&plantilla=contenido&categoria1=307>.

PALMA, I. (2003), “Paternidades entre los jóvenes: la evasión como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente”, en José Olavarría (ed.), *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*, Santiago de Chile: FLACSO.

PANTELIDES, E. A. (2004), “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina”, en *Notas de Población*, año 31, núm. 78 (LC/G.2229-P), Santiago de Chile: CEPAL, pp. 7-33, diciembre.

RENDALL, M. y otros (2009), “Universal versus economically polarized chance in age at first birth: a French-British comparison”, en *Population and Development Review*, 35(1), Nueva York: The Population Council, pp. 89-115.

REPÚBLICA DE CHILE (2003), *Ley 19876, reforma constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media*, en <www.leychile.cl/Navegar?idNorma=210495&tipoVersion=0>.

- RODRÍGUEZ, J. (2005), “Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política”, en *Revista de la CEPAL*, (86), Santiago de Chile: CEPAL, pp. 123-146.
- (2008), “Reproducción en la adolescencia en América Latina y El Caribe: ¿una anomalía a escala mundial?”, en L. Wong (org.), *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Río de Janeiro: ALAP-UNFPA, Serie Investigaciones núm. 4.
- (2009), “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción”, Madrid: OIJ/CEPAL/UNFPA. (En prensa).
- (2010), “Reproducción adolescente y desigualdades en Chile: tendencias, determinantes y opciones de política”, en *Revista de Sociología*, núm. 23, Santiago de Chile: Universidad de Chile, pp. 39-65. Disponible en: <www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/revista23.html>.
- RODRÍGUEZ, J. y Mariachiara Di Cesare (2010), “Reproducción adolescente y desigualdades en Chile: tendencias, determinantes y opciones de política”, en *Revista de Sociología*, núm. 23, Santiago: Universidad de Chile, pp. 39-65. Disponible en: <www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/revista23.html>.
- RODRÍGUEZ J. y M. Hopenhayn (2007), “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos”, en *Desafíos* (4): 4-9, Santiago de Chile: CEPAL/UNICEF.
- SILBER, T. y P. Castells (2003), *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*, Barcelona: Planeta.
- STERN, C. (2004), “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”, en *Papeles de Población*, núm. 39, Toluca (México): Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 129-158.
- STOVER, J. (1998), “Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework”, en *Studies in Family Planning*, vol. 29, núm. 3, Nueva York: Population Council, septiembre.
- TOBÍO, C. (2005), *Madres que trabajan: Dilemas y estrategias*, Madrid: Cátedra.

