



Subsecretaría de Salud Pública
División y Control de Enfermedades
Depto. de Ciclo Vital
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

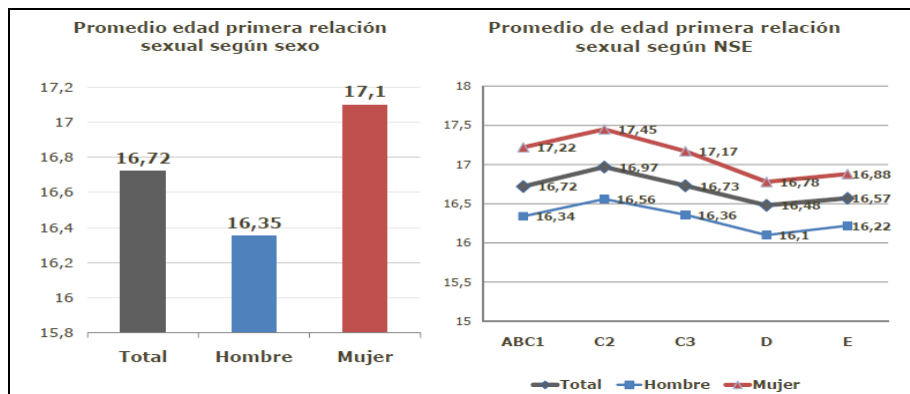
SITUACIÓN ACTUAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE

ANTECEDENTES GENERALES

La sexualidad en adolescentes es dinámica y ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas. En la 6ª Encuesta Nacional de la Juventud, el 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual, con una edad de inicio promedio de 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años (INJUV, 2010).

En la misma Encuesta, se observan diferencias sutiles por nivel socioeconómico en esta variable, de tal manera que, los segmentos socioeconómicos más acomodados inician su actividad sexual algo más tarde. Ver Gráfico N°1.

Gráfico N°1: Promedio de edad primera relación sexual, según sexo y nivel socioeconómico



Fuente: VI Encuesta Nacional de la Juventud, INJUV 2009

Existen múltiples estudios que refieren que los factores de riesgo del inicio precoz de la actividad sexual son multifactoriales, y están dados por la biología propiamente tal, factores del desarrollo puberal, factores familiares, influencia de los pares y de los medios de comunicación. Es así como se sabe que en las mujeres, hay una clara asociación entre maduración precoz y edad precoz de menarquía y en los hombres se postula un umbral de nivel de testosterona sobre el cual aparece un incremento de la libido y el interés sexual.¹

Este inicio precoz de la actividad sexual se relaciona con el embarazo adolescente, considerado una problemática social, que tiene como consecuencia, falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo (a) y su familia. El embarazo adolescente, se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre las que se encuentran, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.²

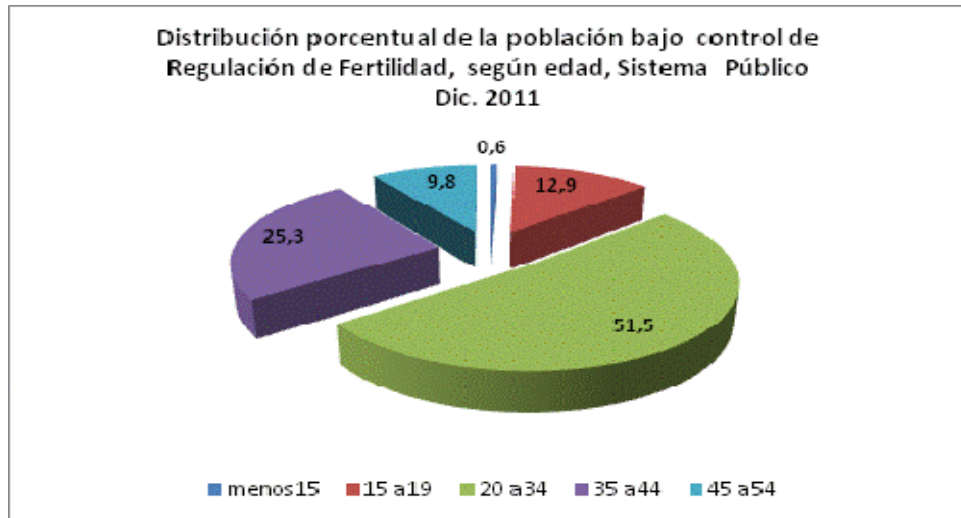
¹ Zubarew, T. Sexualidad en el Adolescente. Diploma Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. 2010

² Dides, C., Benavente, M., y Morán, J. Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008.

En Chile, desde la definición de la Política de Regulación de la Fecundidad en el año 1967, la actividad de Regulación de la Fecundidad está incorporada oficialmente dentro del Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, donde se ha desarrollado e implementado, en forma ininterrumpida a partir de entonces³. Sin embargo, no hay una normativa específica de regulación de fertilidad dirigida a adolescentes, por lo que se ha propuesto que el Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes en colaboración con el Programa de Salud de la Mujer, realice una revisión de este tema durante el 2012.

Según información obtenida del DEIS, a diciembre del año 2011, la población bajo control, según método de regulación de la fecundidad, correspondió a 1.257.260 personas entre 0 y 54 años. De estas, un 0,6% corresponden a adolescentes menores de 15 años (6.917), y un 12,9% a adolescentes de 15 a 19 años (161.860). Ver Gráfico N° 2:

Gráfico N°2: Distribución porcentual de la población bajo control de regulación de la fertilidad, según grupo etario, SNSS, Diciembre 2011

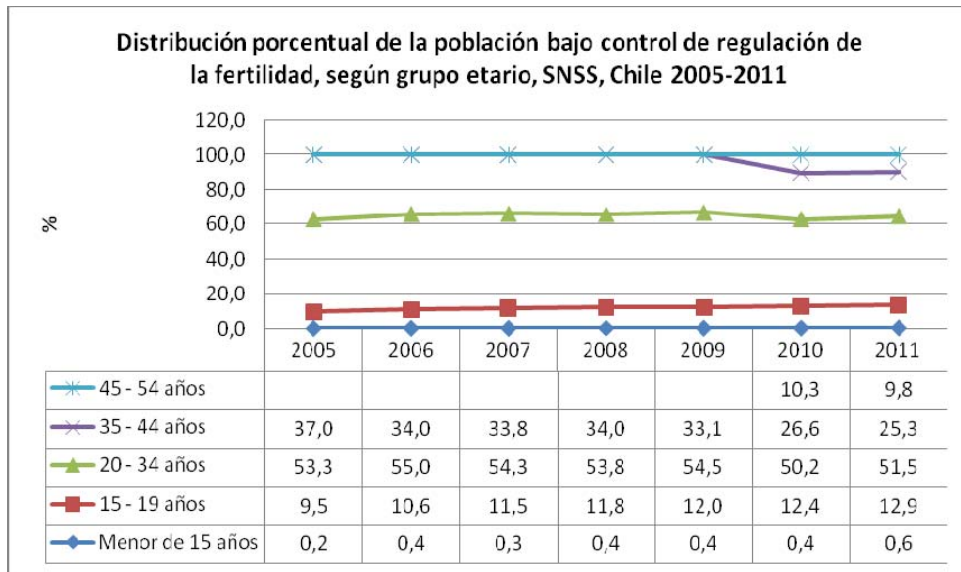


Fuente: Elaboración Programa de la Mujer, Depto. De Ciclo Vital, según datos DEIS-MINSAL, 2011.

³ Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, MINSAL 2007.

Comparado con años anteriores, el Gráfico N° 3 muestra que desde el año 2008 en adelante, se presenta un leve aumento, pero sostenido, de población menor de 15 años y de 15 a 19 años bajo control de regulación de fecundidad. Si se compara con el año 2005, este aumento es de un 200% en el grupo menor de 15 años y de un 35,7% en el grupo de 15 a 19 años.

Gráfico N°3: Distribución porcentual de la población bajo control de regulación de la fertilidad, según grupo etario, SNSS, Chile 2005-2011



Fuente: Elaboración propia Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Depto. De Ciclo Vital, según datos DEIS-MINSAL, 2005-2011.



En la Tabla N°1 se presenta la información de la población bajo control en números de personas, donde se observa más claramente el aumento de población menor de 15 años bajo control, que varía de 2.831 adolescentes en el 2005 a 6.917 en el 2011.

La información ausente en el grupo de 45 a 54 años entre los años 2005 y 2009, se debe a un cambio en el registro de los grupos etarios, que hasta esa fecha registraba de 35 y más; en el año 2010 el registro cambió desagregando en los actuales 5 grupos etarios.

Tabla N°1: Total de Población bajo control en Regulación de Fecundidad, según grupos etarios, SNSS, Chile 2005-2011.

	Total Población bajo control	Menor de 15 años	15 - 19 años	20 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años
2011	1.257.226	6.917	161.856	647.460	317.502	123.491
2010	1.237.670	5.453	153.118	621.578	329.432	128.089
2009	1.198.048	4.784	143.331	652.893	397.040	--
2008	1.162.707	4.282	137.518	625.343	395.564	--
2007	1.161.559	3.635	133.750	631.036	393.138	--
2006	1.165.372	4.158	124.060	640.631	396.523	--
2005	1.150.646	2.831	109.092	613.077	425.646	--

Fuente: Elaboración propia Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Depto. De Ciclo Vital, según datos DEIS-MINSAL, 2005-2011.

Respecto del tipo de método de regulación de la fecundidad, la Tabla N°2 muestra que en adolescentes de ambos grupos etarios, (menor de 15 años, y 15 a 19 años), los métodos más utilizados corresponden a Oral Combinado (47,3% y 47% respectivamente), seguido del Inyectable Combinado (19,8% y 16% respectivamente) e Implante con un 7,5% y 6,8% respectivamente.

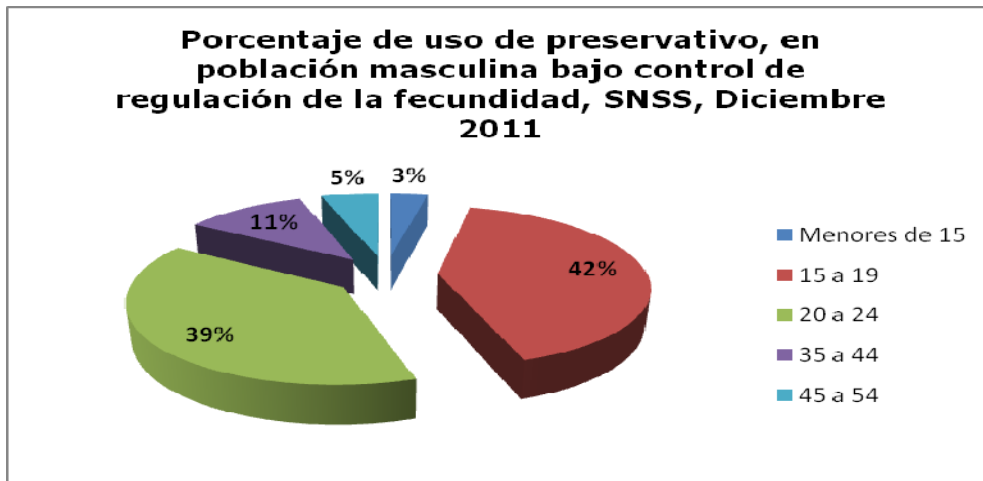
Tabla N°2: Distribución porcentual de población adolescente bajo control y tipo de método de regulación de fecundidad, según grupo etario, SNSS, Diciembre 2011

Métodos		Población bajo control Menor de 15 años	% bajo control menor 15 años	Población bajo control 15 - 19 años	% bajo control 15-19 años
D.I.U		430	6,2%	23.086	14,3%
Hormonal	Oral Combinado	3.273	47,3%	76.049	47%
	Oral Progestágeno	453	6,6%	9.028	5,6%
	Inyectable Combinado	1.372	19,8%	25.933	16%
	Inyectable Progestágeno	221	3,2%	7.835	4,8%
	Implante	520	7,5%	11.081	6,8%
Preservativo	Mujeres	360	5,2%	5.356	3,3%
	Hombres	288	4,2%	3.492	2,2%
Total		6.917	100%	161.860	100%

Fuente: Elaboración Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Depto. Ciclo Vital, según datos DEIS-MINSAL, 2011.

Respecto del uso de preservativo, del total de hombres bajo control, el grupo de los adolescentes, son quienes más lo utilizan como método de regulación de fertilidad, (ver Gráfico N°4). El grupo de adolescentes de 15 a 19 años representan el 42% de quienes utilizan este método, seguida del grupo de jóvenes de 20 a 24 años cuya cifra de uso es de un 39%.

Gráfico N°4: Porcentaje de uso de preservativo, en población masculina bajo control de regulación de fecundidad, SNSS, Diciembre 2011.



Fuente: Elaboración Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Depto. Ciclo Vital, según datos DEIS- MINSAL, 2011.



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas, en Chile al año 2010, la población adolescente (10-19 años) asciende a 2.817.251, lo que corresponde al 17% de la población total; de estos, el 51% corresponde a adolescentes de 15 a 19 años y el 49% a adolescentes de 10 a 14 años. Con respecto a la distribución por sexo, el 51% corresponde a hombres adolescentes y el 49% restante a mujeres.

Desde el punto de vista epidemiológico, el embarazo adolescente suele ser desagregado en 2 grupos etarios, de mujeres de 15 a 19 años y mujeres menores de 15 años.

En el año 2010⁴, el número total de nacidos vivos fue de 250.643; de estos, el 15.56% (39.010) correspondió a nacidos vivos de madres adolescentes. Al desagregar por grupo etario, observamos que el 15,18% (38.047) corresponden a madres adolescentes de 15-19 años y el 0.38% restante (963) a adolescentes de 10-14 años.

En términos de magnitud, para realizar un diagnóstico adecuado de la situación del embarazo en la adolescencia, este tiene que ser abordado desde diversas miradas.

⁴ Última información actualizada Deis-Minsal, 2011



1.-Embarazo Adolescente a nivel país

Los datos siguientes implican observar las cifras absolutas de este fenómeno, lo cual permitirá saber si el embarazo en la adolescencia se encuentra en aumento o en disminución dentro del país.

Como se observa en la Tabla N°3, desde el año 2005 en adelante, las cifras totales de embarazos en adolescentes a nivel país han variado, con un incremento anual de cerca de mil embarazos en comparación con el año anterior; de estos embarazos la mayoría son de adolescentes de más de 15 años, sin embargo, al analizar el trienio 2007-2009, llama la atención que en las adolescentes menores de 15 años se produjo un aumento en los dos últimos años de 7,3% y 5,2% respectivamente, en comparación al año 2007; para el año 2010, esta situación se revierte y se observa una disminución de un 10,4% respecto del año anterior, pero con un leve aumento de 0,8% respecto al año 2007. (Análisis propio a partir de datos DEIS, 2011)

Tabla N°3: Porcentaje de embarazadas adolescentes del total de nacidos vivos, Chile 2005-2010

Año	Total de nacidos vivos	Madres menores de 15 años	%	Madres 15 a 19 años	%	Total madres adolescentes	Porcentaje total madres adolescentes
2005	230.831	935	0,40	35.143	15,22	36.078	15,62
2006	231.383	954	0,41	36.816	15,91	37.770	16,32
2007	240.569	955	0,39	38.650	16,06	39.605	16,45
2008	246.581	1025	0,42	39.902	16,18	40.927	16,60
2009	252.240	1075	0,43	39.627	15,71	40.702	16,13
2010	250.643	963	0,38	38.047	15,18	39.010	15,56

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS- Minsal 2011.

2.- Embarazo Adolescente respecto del total de nacidos vivos del país

En la información siguiente se observa el total de nacidos vivos en la población chilena, lo que permite conocer la cantidad de madres adolescentes respecto a la cantidad total de madres en Chile. La información se presenta desagregando por grupos etarios de menores de 15 años y de 15 a 19 años.

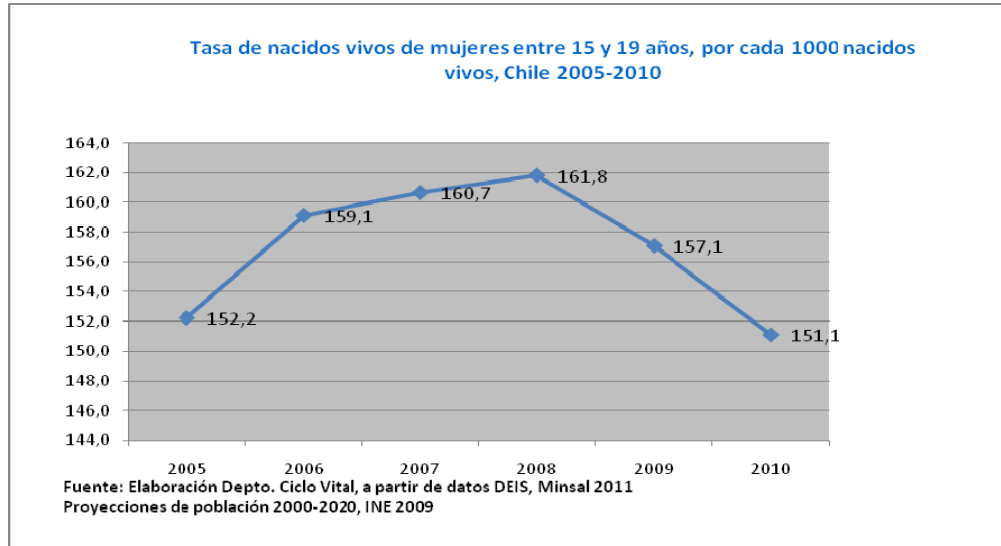
El Gráfico N° 5 muestra la tendencia de nacidos vivos en menores de 15 años; donde se observa un aumento de 0,1 puntos porcentuales desde 2008-2009, (el año 2008 de cada 1000 nacidos vivos 4,2 correspondieron a adolescentes entre 10 y 14 años, en tanto en el 2009, esta cifra aumenta a 4,3); para el año 2010, se observa una disminución de 0,5 puntos porcentuales.

Gráfico N°5: Tasas de nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, por cada 1000 nacidos vivos, 2005-2010



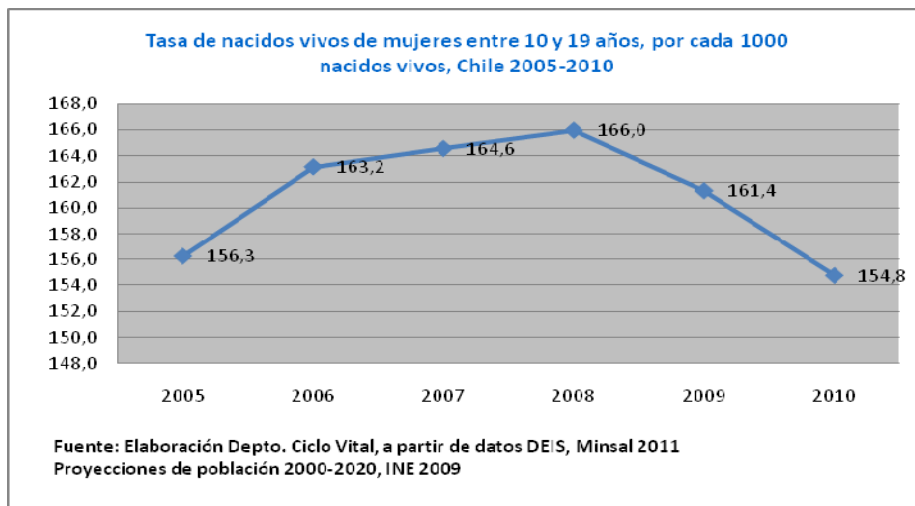
En el Gráfico N°6, se observa que el año 2010, de cada 1000 nacidos vivos aproximadamente 151 fueron hijos de adolescentes de 15 a 19 años, observándose también desde el año 2008, un quiebre en la tendencia que iba en alza desde el año 2005.

Gráfico N°6: Tasa de nacidos vivos de mujeres entre 15 a 19 años, por cada 1000 nacidos vivos, Chile 2005-2010



El Gráfico siguiente, que representa la tasa de nacidos vivos de mujeres entre 10 a 19 años muestra nuevamente este quiebre en la tendencia que iba en alza desde el año 2005, donde el año 2010, de cada 1000 nacidos vivos aproximadamente 154 fueron hijos de adolescentes entre 10 a 19 años.

Gráfico N°7: Tasa de nacidos vivos de mujeres entre 10 a 19 años, por cada 1000 nacidos vivos, Chile 2005-2010



3.- Fecundidad específica adolescente

Para identificar la magnitud del embarazo en la población adolescente del país, se constata la proporción real de adolescentes que se embarazan en Chile, cuantificando las cifras en las tasas de fecundidad específica). Para esto, se presenta la información como tasa de nacidos vivos de adolescentes por cada mil mujeres de dicho segmento poblacional (Tabla N°4)

Tabla N°4: Nacidos vivos de madres adolescentes, por cada 1000 mujeres de ese grupo poblacional, Chile (2005-2010)

AÑO	Total de nacidos vivos País	Nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años	Tasa de fecundidad x 1000 mujeres de 10 a 14 años	Nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años	Tasa de fecundidad x 1000 mujeres de 15 a 19 años	Total nacidos vivos de madres adolescentes (10-19 años)	Tasa específica de fecundidad x 1000 mujeres de 10 a 19 años
2005	230.831	935	1,28	35.143	48,83	36.078	24,87
2006	231.383	954	1,33	36.816	50,99	37.770	26,27
2007	240.569	955	1,36	38.650	53,35	39.605	27,81
2008	246.581	1025	1,5	39.902	54,9	40.927	29,01
2009	252.240	1075	1,61	39.627	54,33	40.702	29,12
2010	250.643	963	1,48	38.047	52,00	39.010	28,18

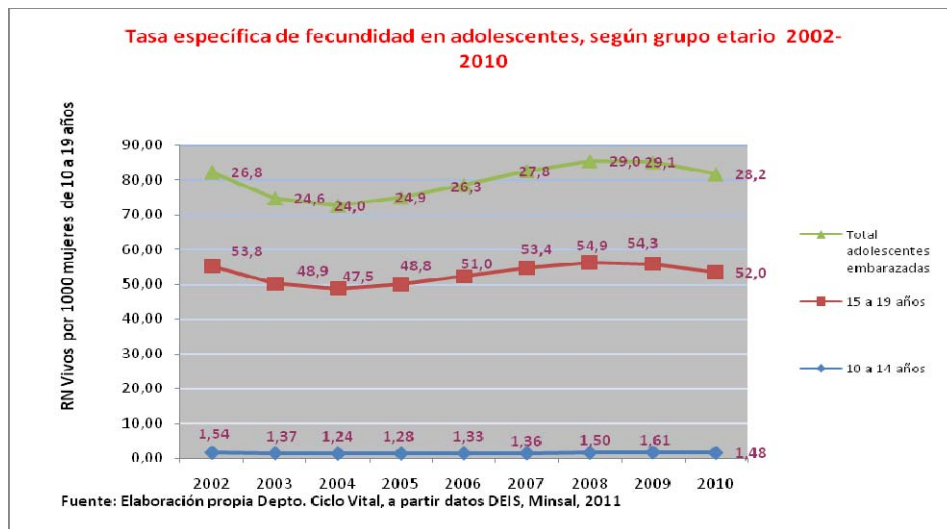
Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS- Minsal 2011.

De esta tabla podemos destacar que el año 2010, de cada 1000 mujeres de 10 a 14 años, hubo 1,48 nacidos vivos de mujeres de esa misma edad. De la misma manera, de cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, hubo 51,75 nacidos vivos de ese grupo etario.

En el Gráfico N°8 se muestra la contribución específica a la fecundidad del grupo de mujeres adolescentes, observándose una leve tendencia al aumento entre el año 2005 al 2009 en las adolescentes de 10 a 14 años, donde la tasa por cada 1.000 mujeres de ese grupo etario aumentó en 0,33 puntos; de la misma forma, entre las adolescentes de 15 a 19 años, la tasa también aumento en 5,5 puntos porcentuales.

Para el año 2010 esta tendencia al alza presenta un quiebre respecto del año anterior, presentando un descenso de 0,17 y 2,6 puntos en el grupo de 10 a 14 años y de 15 a 19 años respectivamente.

Gráfico N°8: Tasa específica de fecundidad en adolescente según grupo etario, Chile 2002-2010



4.- Embarazo Adolescente a nivel regional

Las tablas siguientes presentan información respecto a los nacidos vivos de mujeres adolescentes en relación al total de nacidos vivos en la población chilena.

Tabla N°5: Hijos de madres adolescentes menores de 14 años, por cada 1000 nacidos vivos, según región, Chile. (2005-2010)

Hijos de madres adolescentes menores de 14 años, por cada 1000 nacidos vivos, según región, Chile.	Nº de Nacidos vivos menores de 14 años	Total nacidos vivos, según región	Tasa x 1000 NV	Nº de Nacidos vivos menores de 14 años	Total nacidos vivos, según región	Tasa x 1000 NV	Nº de Nacidos vivos menores de 14 años	Total nacidos vivos, según región	Tasa x 1000 NV	Nº de Nacidos vivos menores de 14 años	Total nacidos vivos, según región	Tasa x 1000 NV	Nº de Nacidos vivos menores de 14 años	Total nacidos vivos, según región	Tasa x 1000 NV	Nº de Nacidos vivos menores de 14 años	Total nacidos vivos, según región	Tasa x 1000 NV
Región	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
Arica y Parinacota							10	3158	3,2	4	3364	1,2	11	3559	3,1	17	3646	4,7
Tarapaca	30	7.899	3,8	25	7.860	3,2	28	5017	5,6	20	5287	3,8	21	5692	3,7	15	5637	2,7
Antofagasta	30	8.551	3,5	23	8.975	2,6	41	9419	4,4	40	9706	4,1	47	9988	4,7	41	10016	4,1
Atacama	17	4.296	4,0	21	4.648	4,5	21	4720	4,4	17	4803	3,5	22	5194	4,2	29	5069	5,7
Coquimbo	44	9.493	4,6	51	9.372	5,4	60	9794	6,1	58	10447	5,6	56	10801	5,2	56	11225	5,0
Valparaíso	79	22.236	3,6	72	21.672	3,3	90	22659	4,0	119	23037	5,2	89	23735	3,7	97	23788	4,1
Ohiggins	46	11.796	3,9	57	11.517	4,9	55	12199	4,5	47	12592	3,7	61	12731	4,8	50	12723	3,9
Maule	79	13.307	5,9	67	13.099	5,1	53	13566	3,9	59	14045	4,2	69	14108	4,9	45	14103	3,2
Bio-Bio	113	26.766	4,2	105	27.028	3,9	105	27682	3,8	126	27779	4,5	124	28313	4,4	84	28297	3,0
Araucanía	53	12.866	4,1	54	13.016	4,1	56	13418	4,2	63	13494	4,7	66	13546	4,9	65	13367	4,9
Los Lagos	99	17.101	5,8	89	16.913	5,3	51	12335	4,1	50	12772	3,9	81	13072	6,2	56	12413	4,5
Los Ríos							27	5154	5,2	33	5306	6,2	31	5349	5,8	39	5433	7,2
Aisén	11	1.586	6,9	3	1.563	1,9	5	1679	3,0	11	1733	6,3	9	1687	5,3	11	1636	6,7
Magallanes	8	2.161	3,7	6	2.127	2,8	8	2173	3,7	8	2264	3,5	13	2217	5,9	9	2243	4,0
Metropolitana	326	92.773	3,5	381	93.593	4,1	345	97596	3,5	370	99952	3,7	375	102248	3,7	349	101047	3,5
Total NV	935	230.831	4,1	954	231.383	4,1	955	240.569	4,0	1025	243217	4,2	1064	252.240	4,2	963	250643	3,8

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS- Minsal 2011.

De esta tabla se puede extraer información respecto al total de nacimientos de cada región, donde las regiones que presentan las mayores tasas de embarazo en mujeres adolescentes de 10 a 14 años en el año 2010, son: Aysén, con una tasa de 6,7 x 1000 nacidos vivos (n=11) y Los Ríos, con una tasa de 7,2 (n=39).

Las regiones que presentan mayores descensos en las tasas de embarazo en adolescentes, respecto del año anterior, son: Tarapacá, con una tasa de 3,7 x 1000 nacidos vivos en el 2009 (n=21) y 2,7 x 1000 nacidos vivos (n=15) en el 2010, Maule, con una tasa de 4,9 x 1000 nv en 2009 (n=69) y 3,2 por 1000 nv (n=45) en 2010, Los Lagos con tasa de 6,2 x 1000 nv en el 2009 (n=56) y 4,5 x 1000 nv en el 2010 (n=81) y Magallanes con tasa de 5,9 x 1000 nv en el 2009 y 4,0 x 1000 nv en 2010.

Respecto a la tendencia desde el año 2005-2010, la región de Atacama presenta el mayor aumento en la tasa, de 1,7 puntos (17 nacidos vivos en el 2005 y 29 nacidos vivos el 2010), lo que

corresponde a un aumento en la tasa de 42,5%, y la región de Los Ríos, en su período 2007-2010, con un aumento en la tasa de 2 puntos (27 nacidos vivos en el 2007 y 39 nacidos vivos el 2010), correspondiendo a un aumento en la tasa de 38,5%.

Las regiones que presentan leves descensos en la tasa de embarazos en menores de 14 años son Maule, con una disminución de la tasa de 2,7 puntos al año 2010 (79 nacidos vivos, tasa de 5,9 x 1000 nacidos vivos el 2005 a 45 nacidos vivos, tasa de 3,2 el 2010), lo que corresponde a una disminución en la tasa de 45,7%, y Los Lagos con una disminución en las tasas del 22,4% (de 5,8 x 1000 nacidos vivos en el 2005 a 4,5 en el 2010).

La Tabla N°6 presenta la información respecto a los hijos de madres adolescentes de 15 a 19 años, desagregado por regiones, destacándose la región de Tarapacá, que presentó en el año 2010 un aumento en la tasa de 13,6 puntos respecto del año 2005. Asimismo, la región de Los Lagos presentó una disminución en la tasa de 10,9 puntos respecto del año 2005 (de 180,9 x 1000 nacidos vivos a 170 x 1000 nacidos vivos al 2010), y la región de Aysén una disminución en la tasa de 10,8 puntos (tasa de 192,9 x 1000 nacidos vivos el año 2005 y de 182,2 el año 2010)

Tabla N°6: Hijos de madres adolescentes de 15 a 19 años, por cada 1000 nacidos vivos, según región, Chile. (2005-2010)

Hijos de madres adolescentes 15-19 años, por cada 1000 nacidos	Nacidos Vivos 15 a 19 años	Total nacidos vivos de la región	Tasa x 1000 NV	Nacidos Vivos 15 a 19 años	Total nacidos vivos de la región	Tasa x 1000 NV	Nacidos Vivos 15 a 19 años	Total nacidos vivos de la región	Tasa x 1000 NV	Nacidos Vivos 15 a 19 años	Total nacidos vivos de la región	Tasa x 1000 NV	Nacidos Vivos 15 a 19 años	Total nacidos vivos de la región	Tasa x 1000 NV	Nacidos Vivos 15 a 19 años	Total nacidos vivos de la región	Tasa x 1000 NV
Región	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
Arica y Parinacota							491	3158	155,5	1082	3364	321,6	528	3559	148,4	564	3646	154,7
Tarapaca	1140	7.899	144,3	1216	7.860	154,7	823	5017	164,0	809	5287	153,0	903	5692	158,6	890	5637	157,9
Antofagasta	1393	8.551	162,9	1491	8.975	166,1	1606	9419	170,5	1672	9706	172,3	1664	9988	166,6	1673	10016	167,0
Atacama	788	4.296	183,4	852	4.648	183,3	897	4720	190,0	931	4803	193,8	969	5194	186,6	965	5069	190,4
Coquimbo	1739	9.493	183,2	1864	9.372	198,9	1898	9794	193,8	2039	10447	195,2	1983	10801	183,6	2013	11225	179,3
Valparaíso	3412	22.236	153,4	3414	21.672	157,5	3661	22659	161,6	3700	23037	160,6	3635	23735	153,1	3564	23788	149,8
Ohiggins	1885	11.796	159,8	1882	11.517	163,4	2074	12199	170,0	2079	12592	165,1	2082	12731	163,5	1961	12723	154,1
Maule	2222	13.307	167,0	2258	13.099	172,4	2281	13566	168,1	2345	14045	167,0	2333	14108	165,4	2223	14103	157,6
Bio-Bio	4017	26.766	150,1	4229	27.028	156,5	4418	27682	159,6	4595	27779	165,4	4508	28313	159,2	4288	28297	151,5
Araucanía	2227	12.866	173,1	2325	13.016	178,6	2367	13418	176,4	2476	13494	183,5	2504	13546	184,9	2300	13367	172,1
Los Lagos	3094	17.101	180,9	3081	16.913	182,2	2219	12335	179,9	2386	12772	186,8	2385	13072	182,5	2110	12413	170,0
Los Ríos							1022	5154	198,3	553	5306	104,2	1093	5349	204,3	1057	5433	194,6
Aisén	306	1.586	192,9	290	1.563	185,5	340	1679	202,5	340	1733	196,2	351	1687	208,1	298	1636	182,2
Magallanes	328	2.161	151,8	347	2.127	163,1	325	2173	149,6	328	2264	144,9	322	2217	145,2	317	2243	141,3
Metropolitana	12592	92.773	135,7	13570	93.593	145,0	14228	97596	145,8	14567	99952	145,7	14367	102248	140,5	13824	101047	136,8
Total NV	35143	230.831	152,2	36819	231.383	159,1	38650	240569	160,7	39902	243217	164,1	39627	252.240	157,1	38047	250643	151,8

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS- Minsal 2011.

La siguiente tabla nos muestra la tasa específica de fecundidad de las adolescentes chilenas en el año 2010, desagregado por región. Se presenta la información como tasa de nacidos vivos de adolescentes por cada mil mujeres de dicho segmento poblacional.

Tabla N°7: Nacidos vivos de madres adolescentes, por cada 1000 mujeres de ese grupo poblacional, según región, Chile, 2010.

Región 2010	Total de nacidos vivos	Nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años	Tasa de fecundidad x 1000 mujeres de 10 a 14 años	Nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años	Tasa de fecundidad x 1000 mujeres de 15 a 19 años	Total nacidos vivos madres adolescentes (10-19 años)	Tasa específica de fecundidad x 1000 mujeres de 10 a 19 años
Arica y Parinacota	3646	17	2,23	564	70,09	581	37,07
Tarapacá	5637	15	1,17	890	65,48	905	34,21
Antofagasta	10016	41	1,82	1673	66,35	1714	35,86
Atacama	5069	29	2,47	965	76,35	994	40,74
Coquimbo	11225	56	1,94	2013	63,64	2069	34,23
Valparaíso	23788	97	1,54	3564	48,80	3661	26,88
O Higgins	12723	50	1,37	1961	51,54	2011	27,02
Maule	14103	45	1,11	2223	50,64	2268	26,90
Bio-Bio	28297	84	1,04	4288	47,62	4372	25,58
Araucanía	13367	65	1,65	2300	51,47	2365	28,15
Los Lagos	12413	39	1,66	1057	59,35	2166	31,29
Los Ríos	5433	56	2,61	2110	62,77	1096	34,47
Aisén	1636	11	2,43	298	69,85	309	35,13
Magallanes	2243	9	1,56	317	54,48	326	28,15
Metropolitana	101047	349	1,40	13824	47,94	14173	26,32
Total NV	250643	963	1,48	38047	52,00	39.010	28,18

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS- Minsal 2011.

En el grupo de adolescentes menores de 14 años, la región que presenta la mayor tasa de fecundidad corresponde a Los Ríos, que presenta 2,61 nacidos vivos por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años (56 nacidos vivos). Le sigue la región de Atacama, con una tasa del 2,47 (29 nacidos vivos) La región que presenta la menor tasa de fecundidad en este grupo etario corresponde a Bío-Bío, con una tasa del 1,04 x cada 1000 mujeres de 10 a 14 años de esa región (84 nacidos vivos).

Al analizar el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, es la región de Atacama la que presenta la mayor tasa de embarazo, de manera que por cada 1000 mujeres de ese grupo etario en esa región, se presentan aproximadamente 76 nacidos vivos. Le siguen la región de Arica y Parinacota y Aisén, con tasas de 70,09 y 69,85 respectivamente, es decir por cada 1000 mujeres de 15 a 19

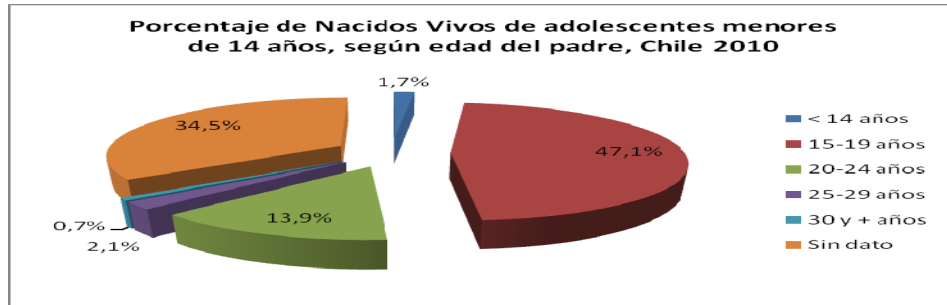
años de esas regiones, hay aproximadamente 70 y 69 nacidos vivos de madres adolescentes de esa misma edad.

5.- Características del Embarazo Adolescente

Edad de la pareja en embarazada adolescente

El Gráfico N°9 presenta información del año 2010 y muestra la edad de la pareja en embarazadas adolescentes de 10 a 14 años; se observa que la mayoría de ellos (47%, n=454) corresponden a adolescentes entre 15 a 19 años), y un porcentaje menor (1,7%, n= 16) a adolescentes menores de 14 años. Un 13,9 % de las parejas de las adolescentes menores de 14 años embarazadas tienen edades entre 20- 24 años y un 2, 8% de ellos tienen más de 25 años. Una cifra considerable (34,5%, n= 332) no registra dato de edad del padre.

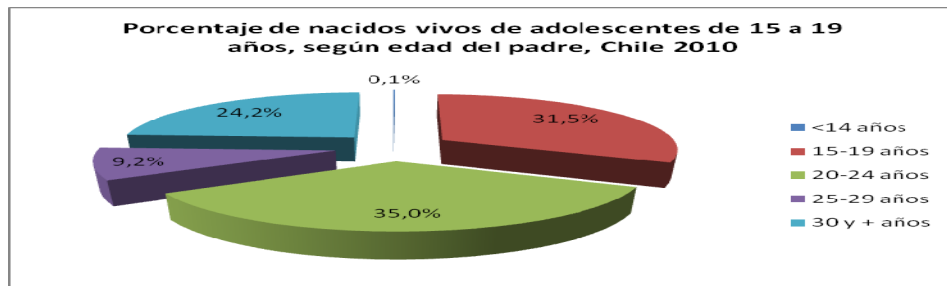
Gráfico N°9: Porcentaje de nacidos vivos de adolescentes menores de 14 años, según edad del padre, Chile 2010



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos preliminar DEIS- Minsal, 2011

En el caso de las adolescentes de 15 a 19 años embarazadas, se observa que aproximadamente en el 31,6% (n=12.054) de ellas, su pareja es un adolescente de 15 a 19 años. En un porcentaje no menor, 35% (n=13.312), su pareja es un hombre de 20 a 24 años, rango etario considerado como gente joven según la OMS. En estas adolescentes, a diferencia del grupo de 10 a 14 años, no se presentaron omisiones respecto a la edad de sus parejas. (Ver Gráfico N°10)

Gráfico N°10: Porcentaje de nacidos vivos de adolescentes de 15 a 19 años, según edad del padre, Chile, 2010



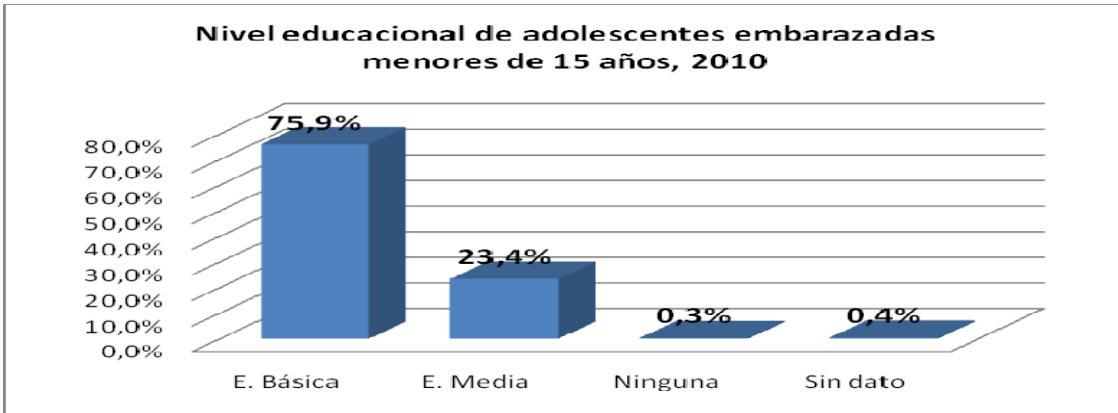
Fuente: Elaboración propia: Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS, 2011



Situación Educativa de adolescentes embarazadas

El siguiente gráfico muestra el nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas menores de 15 años al momento del nacimiento de su recién nacido. El mayor porcentaje (75,9%) se encontraba cursando enseñanza básica al momento de su parto.

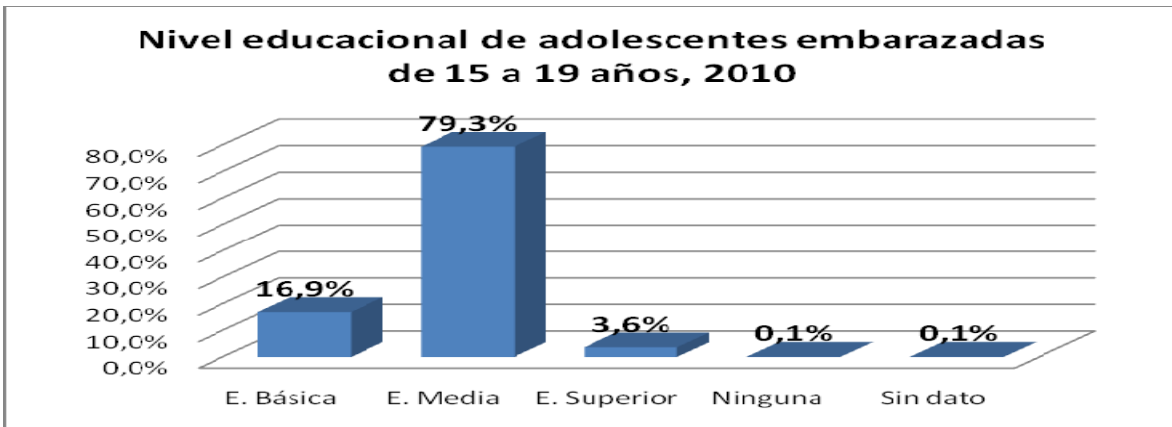
Gráfico N°11: Nivel educacional de adolescentes embarazadas menores de 14 años, 2010.



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS, 2011

Con respecto a las embarazadas de 15 a 19 años, la gran mayoría cursaba enseñanza media al momento de resolución de su embarazo (79,3%), y un porcentaje no menor (16,9%) se encuentra cursando enseñanza básica, por lo que se puede inferir un retraso en la escolaridad de estas (repetición de curso). (Ver Gráfico N°12)

Gráfico N°12: Nivel educacional de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, 2010.



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS, 2011



Permanencia en el sistema escolar de adolescentes embarazadas y de madres adolescentes

Al preguntarnos cuantas de las adolescentes embarazadas continúan en el sistema escolar, nos encontramos con insuficientes datos a nivel de sistema de salud, ya que la información que se registra y se presentó en los gráficos anteriores, corresponde al nivel educacional que la adolescente refiere al momento del parto.

Respecto a la permanencia o continuidad de las madres adolescentes en el sistema escolar chileno, la Tabla N° 9 recoge información de un estudio realizado el año 2005⁵; pues no se cuenta con información más actualizada.

Este estudio tuvo, entre alguno de sus objetivos, el establecer la magnitud de madres y padres que estaban en el sistema escolar regular (diurno, vespertino, nocturno según modalidad y niveles). La información obtenida corresponde a la información de un momento (matrícula inicial), por lo cual no es posible establecer la deserción de alumnos del sistema escolar en su conjunto, lo que requeriría de un sistema de información que incorpore información de la matrícula inicial y final para contrastar la información y observar las diferencias que se den.

La siguiente tabla muestra la información de adolescentes madres que están escolarizadas y cómo se distribuyen según dependencia. Se observa que el sistema municipal es quien concentra el mayor porcentaje de adolescentes madres insertas en el sistema escolar, con un 60,6% del total de escolares adolescentes que son madres.

Tabla N°9: Madres insertas en el sistema escolar chileno, 2005

Madres insertas en el sistema escolar chileno, 2005		
	%	n
Municipal	60,6	12.961
Particular subvencionado	36,3	7.772
Particular Pagado	0,8	161
Corporación privada de administración delegada	2,4	503
TOTAL	100%	21.397

Fuente: Estudio de la Situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno. Mineduc-Flacso-Chile, 2005

El año 2010 se presentaron aproximadamente 39.000 embarazos en adolescentes entre 10 y 19 años, de estas actuales madres adolescentes 21,397 están asistiendo a un establecimiento educacional, según tabla anterior, por lo que existe un número de 17.703 adolescentes que tuvieron un hijo en 2010, que podrían haber egresado del sistema escolar como también podrían haber desertado de este, pero no se cuenta con esta información en detalle.

Esto sugiere la necesidad de profundizar sobre la cobertura del sistema escolar en relación a madres y padres adolescentes del país para conocer la cantidad y proporción que no está incorporado al sistema educacional chileno, y un esfuerzo importante del Ministerio de Educación en estrategias de retención escolar tanto para madres y padres adolescentes.

⁵ Olavarría, J. et al (2006). Estudio de la Situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo Chile. MINEDUC, FLACSO-Chile

Situación Segundo Embarazo (segundo nacido vivo).

Con respecto a segundo hijo vivo, la tabla siguiente nos muestra que no hay situaciones de segundo hijo en las adolescentes menores de 15 años, los años 2007 y 2008, sin embargo el año 2009, seis (6) adolescentes menores de 15 años tuvieron un segundo hijo, (0,1%), éste es un porcentaje muy pequeño, pero preocupante dada la problemática social que esto conlleva y que, siempre detrás de un embarazo en adolescentes menores de 15 años podría estar presente una situación de abuso sexual.

Es importante tener en cuenta que la situación de segundo embarazo implica que estas pacientes han estado en el sistema de salud y han tenido oportunidad de ser controladas y tenido acceso a prestaciones como consejería y provisión de anticoncepción, sin embargo, de igual forma el embarazo ocurre.

En las adolescentes de 15 a 19 años, la tendencia se mantuvo estable los años 2007 y 2008, mostrándose una leve alza el año 2009 en la ocurrencia de 2º, 3º y 4º embarazo (hijo vivo). (Ver Tabla N°8).

Tabla N°8: Situación Segundo Embarazo (hijo vivo), serie 2007-2009

AÑO	Total NV País	1º embarazo		2º embarazo		3º embarazo		4º embarazo	
		Total NV	%	Total NV	%	Total NV	%	Total NV	%
2007	240569								
<15	955	955	100	0	0	0	0	0	0
15-19	38650	34377	88,9	4258	11,0	15	0,04	0	0
2008	246581								
<15	1025	1025	100	0	0	0	0	0	0
15-19	39902	35550	89,1	4056	10,2	296	0,74	0	0
2009	252240								
<15	1073	1067	99,9	6	0,1	0	0	0	0
15-19	39629	33128	83,6	5874	14,8	611	1,5	16	0,1

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Estadísticas Vitales, INE 2009

Embarazo Adolescente según pobreza

Según algunos autores, “el vínculo entre embarazo en la adolescencia y pobreza es correlacional, en este sentido, el embarazo en la adolescencia es una problemática social, por cuanto reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales”.⁶

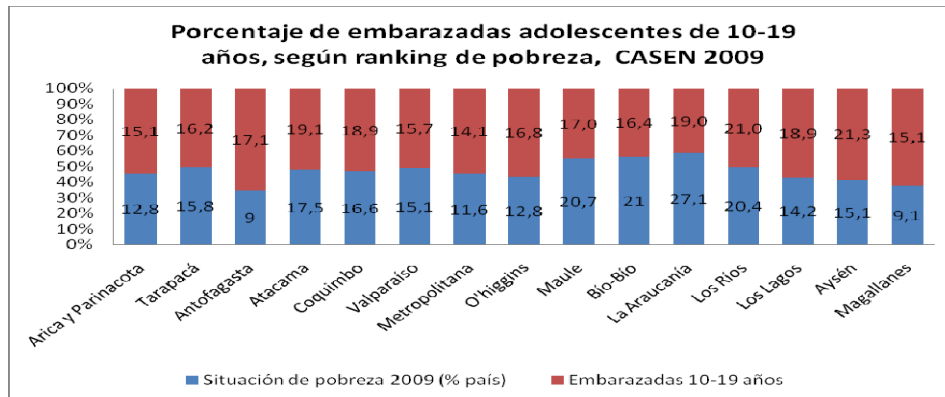
El Gráfico N°13 nos muestra la incidencia de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años según el ranking regional de pobreza entregado por la CASEN 2009.

Al analizar este gráfico vemos que el embarazo en adolescentes, analizado según el ranking de pobreza de las regiones, nos muestra que la correlación antes nombrada no siempre se cumple, pues por ejemplo, la región del Bío- Bío, con un alto índice de pobreza (21%) presenta un porcentaje de embarazo en adolescentes (16,4%) menor que la región de Aysén, que, teniendo menor índice de pobreza (15,1%) presenta un 21,3% de embarazo en adolescentes.

Igualmente podemos observar que la región de Antofagasta, que posee el menor índice de pobreza del país, 9%, presenta cifras de embarazo similares a regiones como Maule o Araucanía, que poseen un índice de pobreza sobre el 20%.

Esto podría deberse a varias causas, la primera es que, probablemente un análisis de esta variable por regiones no es suficiente para la comprensión del problema, por lo que es probable que sea necesario realizar el análisis por comunas. Es probable que en ese análisis se cumpla la relación entre vulnerabilidad social y mayor prevalencia de embarazos

Gráfico N°13: Embarazos adolescentes según ranking de pobreza regional.



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, CASEN 2009.

También esta paradoja, puede deberse a que en las distintas regiones del país, exista distinto grado de desarrollo de los programas de prevención de embarazo, entrega de anticoncepción, espacios amigables, etc.

⁶ Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008 / FLACSO-Chile. Programa Género y Equidad. Santiago, Chile. Ministerio de Salud, UNFPA CHI1R11A.



La Tabla N°9 presenta información respecto al porcentaje de embarazo adolescente y espacios de atención de salud para adolescentes, según región. Donde la diferencia en la disponibilidad de servicios amigables de atención para adolescentes, podría explicar de cierta manera las diferencias en la ocurrencia de embarazos adolescentes, y que no necesariamente se explicarían sólo por la variable pobreza.

Tabla N°9: Porcentaje de embarazo adolescente y disponibilidad de espacios de atención de salud para adolescentes, según región, Chile 2010.

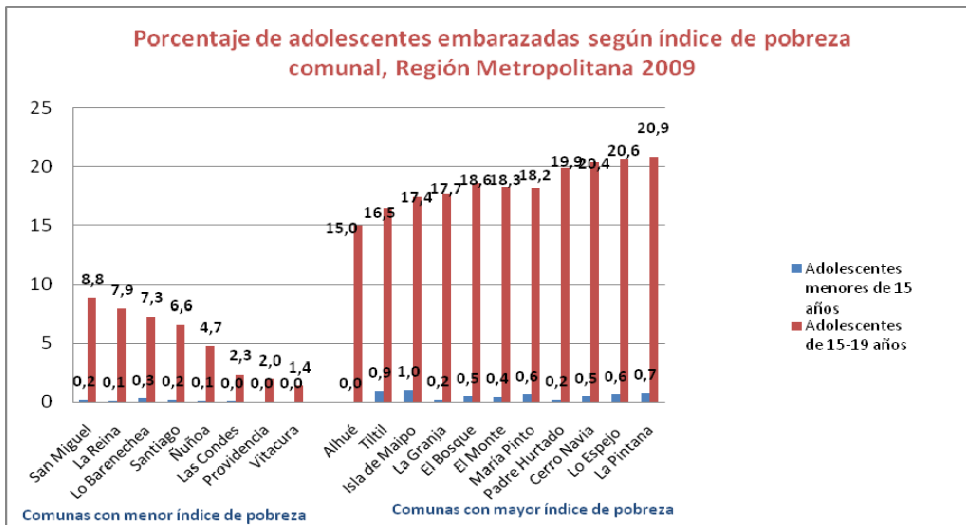
Región	Porcentaje Embarazadas 10-19 años	Espacios Amigables para Adolescentes	Nº Espacios Diferenciados
Arica y Parinacota	15,1 %	1	3
Tarapacá	16,2 %	2	0
Antofagasta	17,1 %	2	1
Atacama	19,1 %	1	0
Coquimbo	18,9 %	3	1
Valparaíso	15,7 %	5	0
Metropolitana	14,1 %	22	12
O'Higgins	16,8 %	1	0
Maule	17,0 %	3	0
Biobío	16,4 %	6	10
La Araucanía	19,0 %	2	0
Los Ríos	21,0 %	1	2
Los Lagos	18,9 %	4	11
Aysén	21,3 %	1	0
Magallanes	15,1 %	1	0
TOTAL PAÍS	16,1 %	55	40

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal.

Embarazo adolescente comunas Región Metropolitana

Con respecto a la distribución del embarazo adolescente en las distintas comunas de la Región Metropolitana, podemos observar que las mayores tasas de embarazo adolescente se encuentran en las comunas de menor nivel socioeconómico (NSE), en tanto, en aquellas comunas de un nivel socioeconómico mayor, observamos menor número de embarazadas adolescentes. (Ver Gráfico N°14)

Gráfico N°14: Porcentaje de embarazadas adolescentes según índice de pobreza comunal, Región Metropolitana, 2009



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2011

Al desagregar según índice de pobreza comunal, y distribución geográfica, las Tablas N°10 y N°11, muestran el porcentaje de embarazos en adolescentes según comunas rurales y urbanas de la región metropolitana, respectivamente.



Tabla Nº10: Porcentaje de embarazos en adolescentes comunas rurales Región Metropolitana, según índice de pobreza, 2010

COMUNA	Índice de Pobreza (%)	Total Nacidos Vivos	Madres menores de 15 años	%	Madres 15 a 19 años	%	Total madres adolescentes	Porcentaje total de madres adolescentes
Padre Hurtado	18,4	634	1	0,2%	126	19,9%	127	20,0%
El Monte	17,7	482	2	0,4%	88	18,3%	90	18,7%
Isla de Maipo	17,1	482	5	1,0%	84	17,4%	89	18,5%
Lampa	16,9	1.237	2	0,2%	186	15,0%	188	15,2%
Curacaví	14,7	398	0	0,0%	56	14,1%	56	14,1%
Talagante	14,7	1.006	6	0,6%	182	18,1%	188	18,7%
Paine	14,6	912	3	0,3%	136	14,9%	139	15,2%
Pirque	13,3	308	2	0,6%	36	11,7%	38	12,3%
Calera de Tango	12,8	311	1	0,3%	40	12,9%	41	13,2%
San José de Maipo	12	208	3	1,4%	40	19,2%	43	20,7%
Colina	10,9	2.028	16	0,8%	343	16,9%	359	17,7%
Tiltil	9,8	218	2	0,9%	36	16,5%	38	17,4%
Buín	9,5	1.345	6	0,4%	194	14,4%	200	14,9%
Melipilla	9,2	1.678	9	0,5%	249	14,8%	258	15,4%
San Pedro	8,7	88	1	1,1%	15	17,0%	16	18,2%
Peñaflor	8	1.233	6	0,5%	194	15,7%	200	16,2%
Alhué	7,4	140	0	0,0%	21	15,0%	21	15,0%
María Pinto	4,8	154	1	0,6%	28	18,2%	29	18,8%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2010

Al observar en esta tabla que comunas como María Pinto, que posee un índice de pobreza muy por debajo el nivel país (15,1), presenta un porcentaje de embarazo adolescentes por sobre el nivel nacional (15,56%), podemos inferir que tal como lo respalda la evidencia, el embarazo en adolescente es multicausal y que existirían otros determinantes para la ocurrencia de éste, donde la pobreza no sería el único factor para que se desencadene este fenómeno.

Tabla N°11: Porcentaje de embarazos en adolescentes comunas urbanas Región Metropolitana, según índice de pobreza, 2010

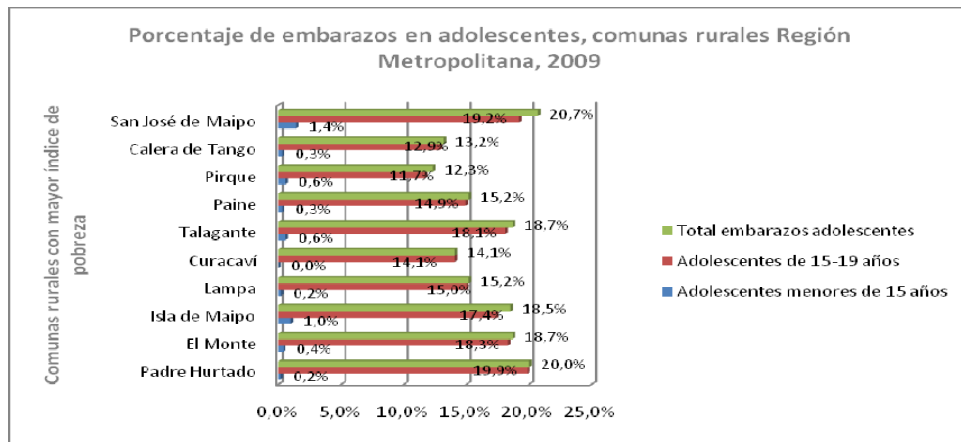
COMUNA	Índice de Pobreza (%)	Total Nacidos Vivos	Madres menores de 15 años	%	Madres 15 a 19 años	%	Total madres adolescentes	% total de madres adolescentes
La Pintana	30	3.615	27	0,7%	754	20,9%	781	21,6%
La Granja	25,9	2.036	4	0,2%	360	17,7%	364	17,9%
San Ramón	24,8	1.613	6	0,4%	326	20,2%	332	20,6%
Renca	19,1	2.267	10	0,4%	422	18,6%	432	19,1%
Quilicura	18,2	3.370	11	0,3%	470	13,9%	481	14,3%
Cerro Navia	18,1	2.113	10	0,5%	431	20,4%	441	20,9%
Huechuraba	17,8	1.695	6	0,4%	220	13,0%	226	13,3%
Pudahuel	17	3.608	13	0,4%	567	15,7%	580	16,1%
San Bernardo	15,7	5.128	17	0,3%	865	16,9%	882	17,2%
Lo Espejo	15,7	1.739	11	0,6%	359	20,6%	370	21,3%
Macul	15,4	1.536	5	0,3%	190	12,4%	195	12,7%
Puente Alto	13,6	8.747	36	0,4%	1.426	16,3%	1462	16,7%
San Joaquín	13,5	1.243	3	0,2%	189	15,2%	192	15,4%
La Cisterna	13,5	1.140	3	0,3%	161	14,1%	164	14,4%
El Bosque	13,2	2.758	13	0,5%	513	18,6%	526	19,1%
Lo Prado	13	1.627	5	0,3%	265	16,3%	270	16,6%
P.Aguirre Cerda	12,8	1.600	9	0,6%	284	17,8%	293	18,3%
Conchalí	11,4	1.974	4	0,2%	301	15,2%	305	15,5%
Recoleta	10,1	2.450	14	0,6%	376	15,3%	390	15,9%
Peñalolen	10,1	4.039	18	0,4%	655	16,2%	673	16,7%
La Florida	9,8	5.115	19	0,4%	628	12,3%	647	12,6%
Estación central	9,2	1.804	5	0,3%	236	13,1%	241	13,4%
Independencia	8,7	1.190	2	0,2%	136	11,4%	138	11,6%
Santiago	7,4	4.409	9	0,2%	292	6,6%	301	6,8%
Cerrillos	7,4	1.173	7	0,6%	175	14,9%	182	15,5%
Quinta Normal	6,4	1.605	5	0,3%	197	12,3%	202	12,6%
Maipú	5,6	7.418	26	0,4%	990	13,3%	1016	13,7%
San Miguel	4,6	1.234	3	0,2%	109	8,8%	112	9,1%
Barenechea	4,3	1.306	4	0,3%	95	7,3%	99	7,6%
Ñuñoa	2,7	2.338	2	0,1%	111	4,7%	113	4,8%
Vitacura	1,9	1.219	0	0,0%	17	1,4%	17	1,4%
La Reina	1,8	936	1	0,1%	74	7,9%	75	8,0%
Las Condes	1,1	3.627	1	0,0%	85	2,3%	86	2,4%
Providencia	0	1.714	0	0,0%	34	2,0%	34	2,0%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2010

El Gráfico N°16 presenta la distribución de los embarazos adolescentes en 10 de las comunas rurales que presentan mayor índice de pobreza (rango entre 18,4%, comuna de Padre Hurtado y 12%, comuna San José de Maipo), según información de la Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN, 2009).

Podemos entonces destacar que de las 10 comunas rurales seleccionadas con mayor índice de pobreza, 5 de ellas (San José de Maipo, Talagante, Isla de Maipo, El Monte y Padre Hurtado), poseen porcentajes de embarazos en adolescentes por sobre el nivel país (15,56%)

Gráfico N°16: Porcentaje de embarazos adolescentes en 10 de las comunas rurales con mayor índice de pobreza de la Región Metropolitana, 2009.

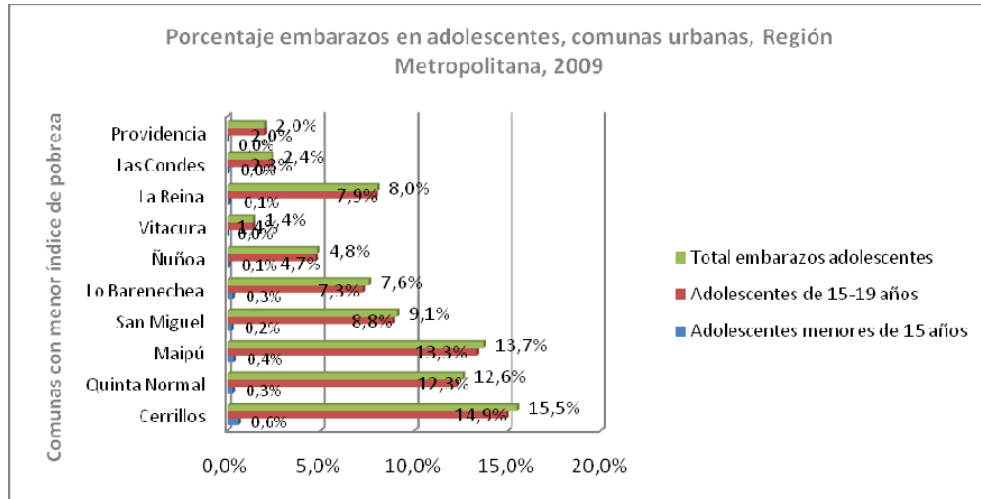


Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2010



El Gráfico N°17 muestra información de las 10 comunas urbanas de la región metropolitana con menor índice de pobreza (0%, comuna de Providencia y 7,4%, comuna de Cerrillos)

Gráfico N°17: Porcentaje de embarazos adolescentes en 10 de las comunas urbanas con menor índice de pobreza de la Región Metropolitana, 2009.



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2010

En este gráfico podemos observar que la mayoría de las comunas urbanas seleccionadas con menor índice de pobreza, poseen porcentajes de embarazos adolescentes bajo el nivel nacional.



6.- Embarazo Adolescente y Mortalidad Materna y perinatal

Mortalidad Materna

La mortalidad materna general ha presentado variaciones a partir del año 2000 en que la tasa era 18,7 por 100.000 nacidos vivos (49), alcanzando una tasa en el 2009 de 19,7 por 100.000 nacidos vivos (50 defunciones). En el año 2010, la información preliminar, actualizada al 04 de Junio de 2012, indica que la mortalidad materna alcanza una tasa de 17,5 por 100.000 nacidos vivos (44 defunciones).

La Tabla N°12 muestra las defunciones maternas del período 2000-2010, donde al analizar las 483 defunciones, 0,4% corresponden a menores de 15 años, 9,1% a adolescentes entre 15 y 19 años, 54,4% mujeres entre 20 y 34 años, y 36% en mujeres de 35 y más. Es así como cerca del 10% del total de muertes maternas, son muertes de adolescentes.

Entre los años 2000 y 2010 se presentaron 2 defunciones maternas en adolescentes menores de 15 años, en tanto, en el grupo de 15 a 19 años, se observan variaciones en las tasas, alcanzando la cifra más alta el año 2009 con 10 defunciones maternas (tasa de 25,2 por 100.000 nacidos vivos), por otro lado el año 2010, no se presentaron defunciones maternas en este grupo etario.

Tabla N°12: Defunciones Maternas y Tasas, según grupo etario, Chile 2000-2010.**

Año	Grupos de edad									
	TOTAL		< de 15 años		15 a 19 años		20 a 34 años		35 y más	
	Nº	Tasa (*)	Nº	Tasa (*)	Nº	Tasa (*)	Nº	Tasa (*)	Nº	Tasa (*)
2010**	44	17,5	1	103,8	0	0	25	14,7	18	43,6
2009	50	19,7	0	0,0	10	25,2	29	17,0	11	27,20
2008	41	16,5	0	0,0	2	5,0	20	12,0	19	48,70
2007	44	18,2	0	0,0	0	0,0	24	14,7	20	52,40
2006	47	19,3	1	104,8	4	10,9	24	15,4	18	47,90
2005	48	19,8	0	0,0	5	14,2	25	15,9	18	48,00
2004	42	17,3	0	0,0	5	14,9	22	13,9	15	39,80
2003	30	12,2	0	0,0	3	8,9	15	9,3	12	31,50
2002	43	17,1	0	0,0	4	11,0	27	16,5	12	31,90
2001	45	17,4	0	0,0	7	18,1	21	12,5	17	44,80
2000	49	18,7	0	0,0	4	10,2	31	18,1	14	37,90

Fuente: DEIS-Minsal, 2009.Cie 10: O00-O99. Tasa (*) por 100.000 nacidos vivos

(**)Información preliminar, actualizada al 04.06.12

Al analizar esta tabla, y si observamos la cifra de 10 muertes maternas en adolescentes de 15-19 años en el 2009, debemos tener presente que siempre el embarazo adolescente debe ser considerado como un embarazo de riesgo para la madre y su hija o hijo, y no olvidar esta condición tanto en el periodo de parto, post parto y puerperio.

Mortalidad materna en adolescentes según causas

La información que se presenta desde aquí en adelante corresponde al análisis del período 2005-2009, siendo este el último año del que se dispone de información desagregada.

En el Gráfico N° 18, se presentan las causas de las 22 muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años, ocurridas en el período 2005-2009, siendo la causa más importante la Preeclamsia.

Gráfico N°18: Total de muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años, según causa, Chile 2005-2009



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, 2009

Al revisar los antecedentes de las 10 defunciones maternas del año 2009, en adolescentes de 15 a 19 años, podemos mencionar que el 40% es por trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia severa, hellp, eclampsia), el 70% ocurre en el postparto, siendo muchas de estas muertes de causa prevenible.(Ver Tabla N°13)



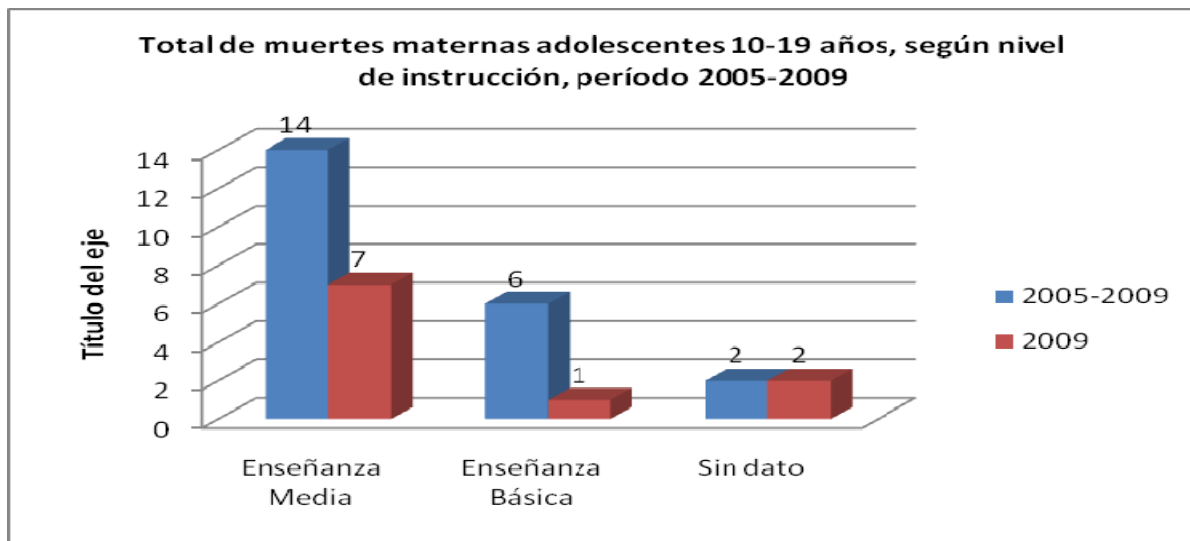
Tabla N°13: Antecedentes de muertes maternas de adolescentes de 15 a 19 años, Chile 2009

CIE 10	Diagnóstico	Edad	Etapa	Actividad
O141	Preeclampsia Severa Hellp	19	Postparto	Estudiante
O149	Preeclampsia no especific	17	Postparto	Estudiante
O141	Preeclampsia Severa Hellp	15	Postparto	Estudiante
O159	Eclampsia	18	Intraparto	Dueña de casa
O85x	Sepsis Puerperal	17	postparto	Estudiante
O754	Complicación Anestésica	16	postparto	Estudiante
O99.8	Metástasis pulmonar múltiple	18	postparto	Estudiante
		16	sin información	Auxiliar de aseo
O99,6	Enfermedad del Sist. digestivo	18	postparto	Estudiante
		18	embarazo (Anemia hemolítica autoinmune)	Estudiante

Fuente: Informe de Mortalidad Materna 2000-2009, Programa Salud de la Mujer, Depto. Ciclo Vital, Minsal 2012

Respecto al nivel de instrucción de las madres adolescentes fallecidas en el periodo 2005-2009, el Gráfico N°19 nos muestra que el 64% se encontraba cursando enseñanza media y el 27% enseñanza básica, lo que se traduce en que el 91% de las adolescentes madres fallecidas se encontraba adscrita al sistema escolar.

Gráfico N°19: Total de muertes maternas adolescentes de 10 a 19 años, según nivel de instrucción, Chile 2005-2009.



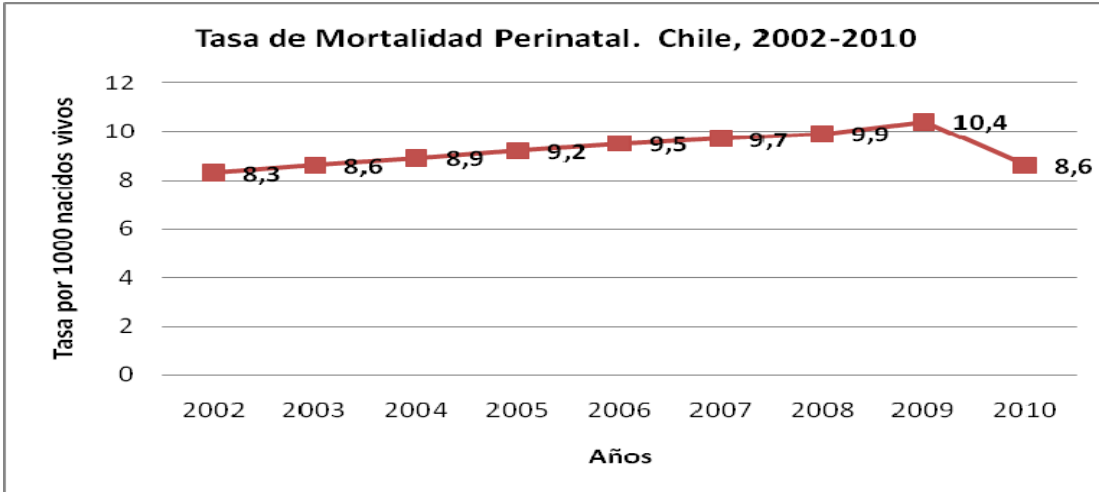
Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, 2009



Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal (mortalidad fetal más mortalidad neonatal precoz), ha presentado un aumento gradual desde el año 2002 hasta la fecha. El Gráfico siguiente muestra que entre el año 2002 al 2009, la tasa se incrementó en un 25%. Sin embargo, esta cifra se redujo en un 14,8% en el 2010 respecto del año anterior.

Gráfico N°20: Tasa de Mortalidad Perinatal, Chile 2002-2010.



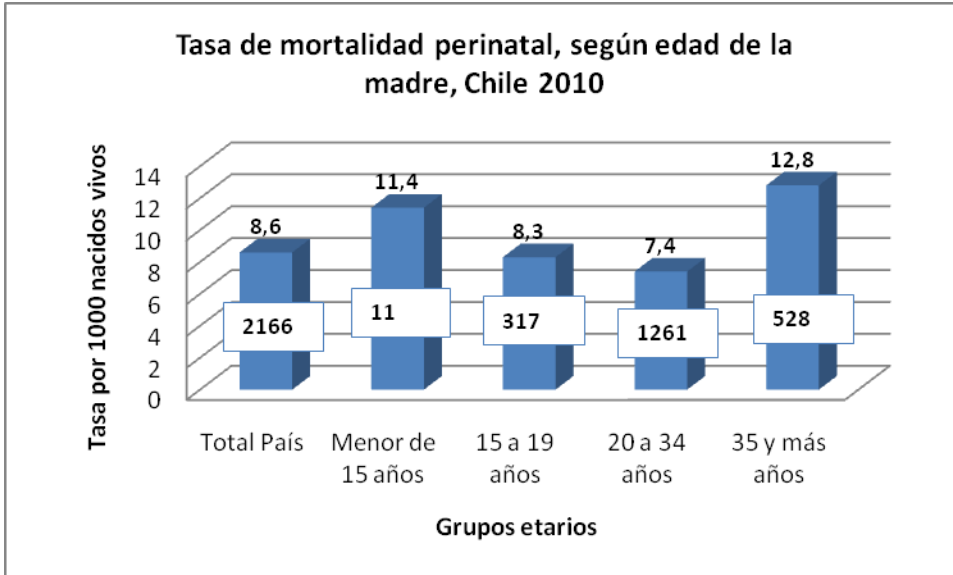
Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, 2011

Defunciones perinatales= defunciones fetales de 22 semanas y más de gestación + defunciones neonatales precoces (menores de 7 días)



Al analizar específicamente el año 2010, del total de muertes perinatales, el 15,1% correspondió a hijos de madres adolescentes de 10 a 19 años (n=328). Según grupos etarios, se observa que la mayor tasa de muertes perinatales ocurre en hijos de madres de mas de 35 años (12,8 x 1.000 nacidos vivos, seguido de la tasa en madres adolescentes menores de 15 años (11,5 x 1000 nacidos vivos de ese grupo etario) y 8,3 x 1.000 nacidos vivos en adolescentes de 15-19 años (Ver Gráfico N°21)

Gráfico N°21: Defunciones y tasa de mortalidad perinatal, según edad de la madre, Chile 2010



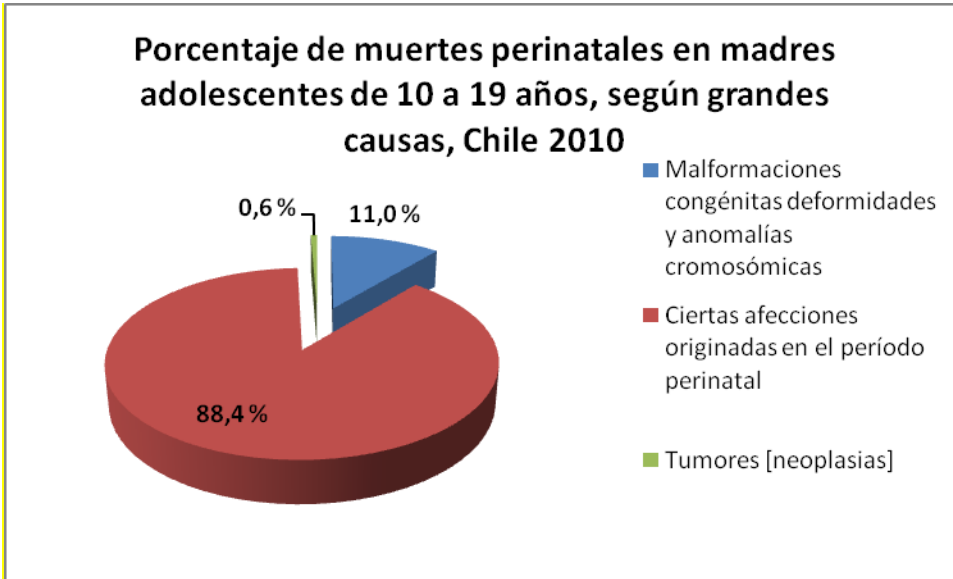
Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, 2011

Defunciones perinatales= defunciones fetales de 22 semanas y más de gestación + defunciones neonatales precoces (menores de 7 días)



Al desagregar las muertes perinatales de madres adolescentes de 10 a 19 años según grandes causas, el Gráfico N°22 muestra que el 88,4% (n= 290), corresponden según CIE-10, a defunciones según “ciertas afecciones originadas en el período perinatal”, 11% a “malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” (n= 36) y 0,6% (n= 2) a “tumores”.

Gráfico N°22: Porcentaje de muertes perinatales en adolescentes de 10 a 19 años, según grandes causas, Chile 2010



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, 2011
CIE-10

Al profundizar en las muertes perinatales con mayor peso específico (“ciertas afecciones del período perinatal”), la Tabla N°14 muestra la información según las causas específicas, desagregada por grupos etarios, donde se observa que el 50,3% de estas muertes corresponden a factores maternos y complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto (trastornos hipertensivos, enfermedades infecciosas, incompetencia cervical, ruptura prematura de membranas, trastornos placentarios, entre otras), y un 32,4% que corresponden a muertes por trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal (específicamente hipoxia intrauterina no especificada).

Esta valiosa información nos permite reafirmar que el embarazo en este grupo etario siempre debe ser considerado como de alto riesgo, tanto para la madre como el niño/a, pues se relaciona con una mayor probabilidad de morir, tanto en la adolescente embarazada como en sus hijos o hijas, y por lo tanto se hace necesario poner énfasis en la atención, vigilancia y seguimiento antenatal, post parto y de puerperio, con énfasis en los aspectos biomédicos involucrados.



Tabla N°14: Distribución de causas específicas de muertes perinatales en madres adolescentes, según “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal”, Chile 2010.

CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL				
	Menor 14 años	15 a 19 años	Total general	Porcentaje
Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	6	140	146	50,3%
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	0	2	2	0,7%
Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal	1	93	94	32,4%
Infecciones específicas del período perinatal	1	2	3	1,0%
Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido	0	0	2	0,7%
Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	1	5	6	2,1%
Muerte fetal de causa no especificada	0	37	37	12,8%
TOTAL	9	281	290	100%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, 2011
CIE-10

MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Intervenciones realizadas

Desde el año 2007, se han implementado a la fecha 95 Espacios Amigables y/o Diferenciados (55 con financiamiento desde el Minsal y 40 con recursos de los propios municipios), como aumento de oferta de espacios destinados a la atención diferenciada de adolescentes, con el propósito específico de la prevención del embarazo adolescente. La estrategia de espacios amigables se inserta dentro del desarrollo de la Política de Salud de Adolescentes y Jóvenes, en el Modelo de Atención Integral de Salud, con Enfoque Familiar y Comunitario y en la Estrategia de Atención Primaria de Salud. El criterio de implementación de estos espacios fueron las comunas que presentaban mayores tasas de embarazo adolescente.

Esta estrategia no ha sido evaluada a la fecha, por lo cual se desconoce su cobertura y su impacto, el que no se ve reflejado en disminución de las cifras de embarazo que se presentan en la actualidad, probablemente porque su implementación desde el 2007, no se realizó con los recursos necesarios para disminuir la brecha y permitir la consulta pertinente o oportuna en adolescentes que han iniciado su actividad sexual.

Chile se ha integrado al Plan Andino de Prevención de Embarazo Adolescente, en el Marco ORAS-CONHU (Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue), implementando el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes en salud, relacionado con una de las 4 líneas estratégicas del Plan Andino que es la Participación Juvenil, instancia enfocada a la prevención del embarazo en adolescentes, y al fortalecimiento de la abogacía para mejorar el acceso a servicios y prestaciones de salud sexual y reproductiva.

El consejo consultivo fue creado el 01.03.10 bajo la RE N°65 del Ministerio de Salud, amparándose en el Instructivo Presidencial N° 008 de 2008 sobre participación ciudadana en la gestión pública. Se constituye por 2 adolescentes representantes de cada región (30 en total) elegidos a través de procesos participativos y democráticos, de responsabilidad y supervisión directa de las Seremis de Salud.

El Consejo Consultivo ha sesionado tres veces desde su constitución; siendo la 1ª vez en el año 2009. La 2da reunión se realizó en el 2011, y contó con la participación del actual Ministro de Salud, Dr. Jaime Mañalich Muxi, quien a partir de ese momento dio un fuerte apoyo a este tipo de actividad.

La 3ra Reunión Nacional del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes, se realizó recientemente, en Julio de 2012, en alianza estratégica con el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), y contó con el financiamiento del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). En esta sesión del Consejo participaron un total de 26 jóvenes consejeros representantes de las 15 regiones del país, con la finalidad de generar un espacio de participación juvenil, que permita acceder a información y promover la reflexión y discusión en torno a temas tan importantes como el embarazo adolescente no deseado. Estos consejos han potenciado la línea de participación juvenil como línea estratégica del Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes.

Junto a las actividades anteriores, se realizaron durante el transcurso del año 2011 cinco encuentros regionales denominados “En Salud, los Jóvenes Eligen”, cuyo propósito fue el conocer las necesidades y demandas en salud de adolescentes generándose insumos que fueron integradas a la propuesta del Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes.

Por otro lado, se han desplegado también esfuerzos en incorporar la visita domiciliaria integral como estrategia para la prevención de segundo embarazo adolescente. La estrategia de VDI en el contexto del PADBP (programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial) de CHCC comenzó en Agosto del año 2007 focalizada en gestantes en riesgo, los criterios (son 9) para definir esta población están definidos en Pauta de riesgo psicosocial aplicada al ingreso del control prenatal, donde uno de ellos es embarazo en menor de 19 años.

Esta intervención, tampoco ha sido evaluada y actualmente existe un proceso de validación de las capacitaciones a profesionales que realizan la visita domiciliaria, para seguir luego con la evaluación de la visita propiamente tal. No existen datos específicos sobre su cobertura pero, el año 2010 se realizó 71.814 VDI a gestantes en riesgo.

El **Control de Salud**, incluido en el Examen de Salud de Medicina Preventiva (EMPA) que se realiza en atención primaria, incorpora en el año 2005 a población adolescente mayor de 15 años, siendo el examen una garantía explícita. En el año 2009, la población de adolescentes de 15 a 19 años inscrita era de 1.014.649 y los adolescentes atendidos con esta prestación (control de salud) fueron 2.592 (0,3% de cobertura), al año 2010, los adolescentes atendidos fueron 4.852 lo que se traduce en un aumento de la cobertura a 0,5%.



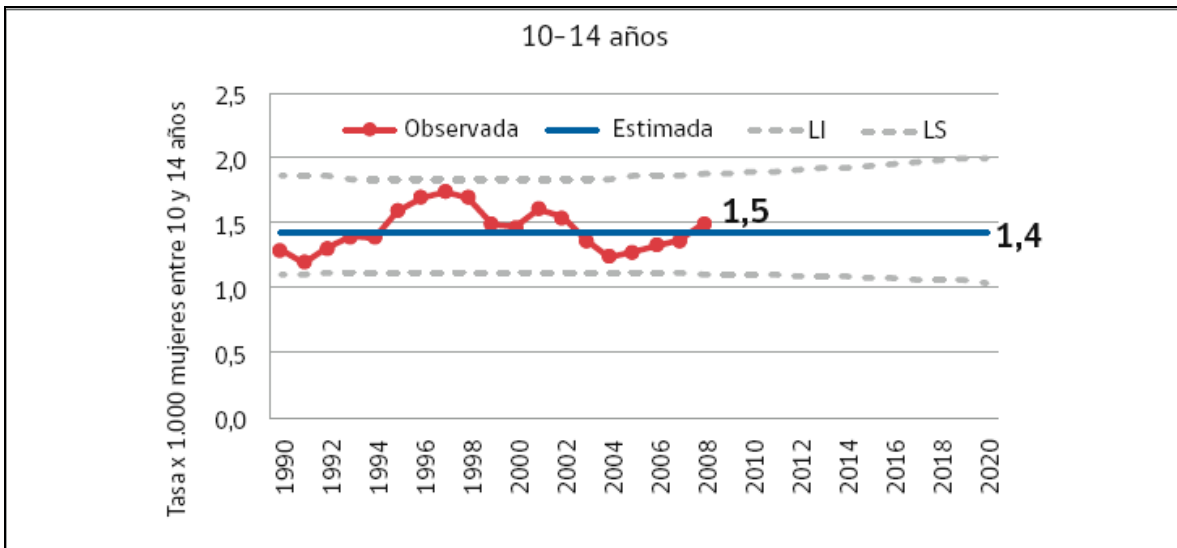
ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020

Disminución de la tasa proyectada de embarazo adolescente

Dada la actual situación epidemiológica del embarazo adolescente, el Ministerio de Salud ha considerado incluir en sus objetivos sanitarios para la década 2011-2020, estrategias que permitan disminuir la tendencia que presenta este importante problema de salud pública.

Estas estrategias han sido incorporadas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, con el propósito de dar cumplimiento a la meta de impacto de **“Disminuir en un 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años”**; incluida en el Objetivo Sanitario N° 4 “Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital”. (Ver Gráficos N°23 al N°25)

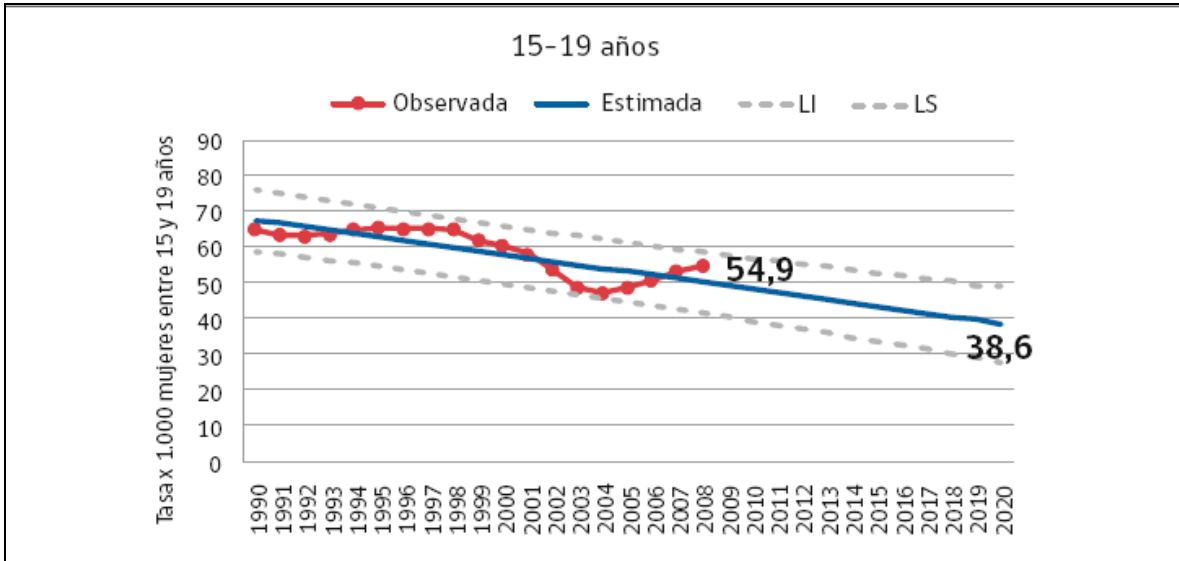
Gráfico N°23: Tasa de fecundidad en población adolescente, según grupo etario, observada 2000-2008 y estimada 2010 - 2020. Tendencia embarazo adolescente 10-14 años:



Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, MINSAL, 2011.

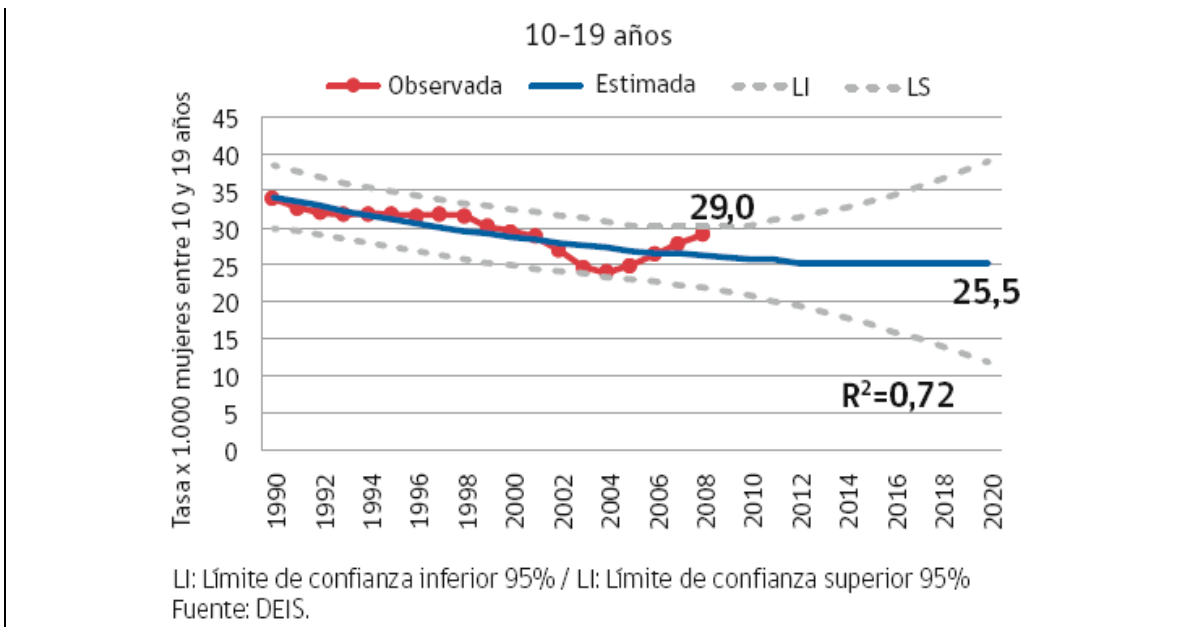


Gráfico N°24: Tasa de fecundidad en población adolescente, según grupo etario, observada 2000-2008 y estimada 2010 - 2020. Tendencia embarazo adolescente 15-19 años



Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, MINSAL, 2011.

Gráfico N°25: Tasa de fecundidad en población adolescente, según grupo etario, observada 2000-2008 y estimada 2010 - 2020. Tendencia embarazo adolescente 10-19 años



Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, MINSAL, 2011.



Los resultados esperados y estrategias propuestas para la disminución del embarazo adolescente son:

4.4 Embarazo Adolescente	
RE 1	Trabajo Intersectorial
1.1	Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con uso de métodos de regulación de fecundidad en población adolescente destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años.
1.2	Recomendaciones* destinadas a Centros de formación profesional, con carreras de ciencias de la salud y afines, para que incluyan el tema de salud de adolescentes y jóvenes en la malla curricular, elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años
RE 2	Cobertura y Calidad de la Atención
2.1T	Tasa anual que usan algún método de regulación de fecundidad, por población adolescentes de 15-19 años
2.2T	Porcentaje anual de adolescentes mujeres de 10 a 14 años que recibieron Control de Salud Integral, que se embarazan, por SS
2.3T	Porcentaje anual de madres adolescentes que recibieron Visita Domiciliaria Integral, que se embarazan por segunda vez dentro de los primeros 24 meses
2.4	Porcentaje anual de establecimientos de AP (CESFAM) que cuentan con al menos 2 profesionales capacitados* en atención de salud integral de adolescentes y jóvenes, por SS
2.5	Porcentaje de comunas, que cuentan con implementación de programas para fortalecimiento de habilidades parentales en familias vulnerables* con hijos adolescentes de 10 a 14 años, por SEREMI.
2.6	Tasa anual de adolescentes mujeres de 10 a 14 años, que recibieron Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, por SS
2.7	Tasa anual de adolescentes hombres de 10 a 14 años, que recibieron Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, según sexo, por SS
2.8	Tasa anual de adolescentes de 10-14 años con primer embarazo que recibieron Visitas Domiciliarias Integrales, por SS
2.9	Tasa anual de adolescentes de 15-19 años con primer embarazo que recibieron Visitas Domiciliarias Integrales, por SS

Asimismo, el objetivo estratégico N° 3 “Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”, incluye estrategias que favorecerán el cumplimiento de la meta de impacto de embarazo adolescente:

3.6	Conducta Sexual
RE 1	Promoción y prevención
1.1	Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas a Sexo Seguro destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 4 años
1.2	Porcentaje de comunas que cuentan con Plan de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva, desarrollado con la participación de al menos 3 sectores, además del sector salud, por SEREMI
1.3	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, por adolescentes de 10 a 19 años, por SS.
1.4	Tasa anual de preservativos entregados, por consulta en "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes", por SS
RE 2	Comunicación Social
2.1	Programa de Comunicación Social* con contenidos de Salud Sexual y Reproductiva, evaluado al menos una vez cada año.

Finalmente, se han desarrollado acciones relacionadas con la vigilancia del cumplimiento de la ley 20.418, de tal manera que se pone especial énfasis en el otorgamiento de consejería en SSRR, así como provisión de anticoncepción y/o preservativos a adolescentes consultantes que los soliciten.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, y su Plan de Acción Estratégico 2011-2020, establece actividades que se encaminan a cumplir los compromisos establecidos en el marco de los objetivos sanitarios para la década y de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

Este Plan de acción propone una estrategia a 10 años, cuyo objetivo es responder a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes del país. Se respalda en la evidencia disponible, utilizada para elaborar los objetivos sanitarios de la década, enfatiza que se requieren respuestas integrales e integradas del sector salud, con especial atención en los adolescentes y jóvenes más vulnerables y propone disminuir brechas identificadas en relación a los problemas de salud por sexo, edad, regiones, comunas y barrios. Se enmarca en los diferentes convenciones, declaraciones y pactos internacionales suscritos por Chile como: la Convención sobre los Derechos del Niño; la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) entre otros.

Estrategia Control Joven Sano

La respuesta del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes contempla el **Control de Salud Integral**, como estrategia o puerta de entrada de esta población al sistema público de salud, por lo cual, el año 2011 se incorpora como meta IAAPS (Índice de actividades de atención primaria de salud), el control de salud integral para adolescentes de 10 a 14 años, comprometiendo una cobertura del 5% de la población inscrita de ese rango etario (45.000 adolescentes controlados).

Asimismo, durante el año 2011 se realizaron distintas acciones como:

- Capacitación a los equipos de salud para la realización del control de salud y las atenciones derivadas de éste.
- Desarrollo de 5 encuentros **En Salud los Jóvenes Eligen** (Valparaíso, Viña del Mar, Santiago, Iquique, Concepción), con una participación aproximada de 500 jóvenes, con el propósito de identificar desde los propios adolescentes y jóvenes, sus necesidades relacionadas con el ámbito de la salud, en particular sus problemas de salud, el acceso y las características de servicios que el sistema de salud le ofrece a esta población objetivo.
- Generación de marco regulatorio: Orientaciones Técnicas para la Consejería general de Adolescentes y Jóvenes, Orientaciones Técnicas y Administrativas para el Control de Salud Integral.
- Estudio cuantitativo de la información recolectada en los controles de salud integral (correspondiente a la meta IAAPS, índice de actividad de atención primaria de salud, del año 2011), de 18.000 adolescentes de 10 a 14 años, cuyo registro se realizó en las fichas CLAP.

Para el año 2012, se ha priorizado el aumento de cobertura del **Control Joven Sano**, que se ha estado implementando desde 2011, y que se propone incrementar en cobertura al 2020.

Esta estrategia, se convierte en la puerta de entrada al sistema de atención de salud de esta población, pudiendo ser el único momento en que el sistema puede evaluar el estado de salud y condición de riesgo de adolescentes.

Permite, por un lado evaluar el estado de salud en forma integral, el crecimiento y normal desarrollo, y por otro, identificar precozmente los factores protectores y de riesgo, con el objetivo de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo⁷.

Supone el abordaje integral de adolescentes con distintos focos, entre ellos el de SSRR, desarrollando acciones de educación en temas de promoción sexualidad sana y segura, prevención de ETS, ITS y de embarazo en adolescentes.

Intersectorialidad

Entendiendo que el embarazo adolescente tiene un origen multicausal, se han desarrollado acciones con el intersector con el propósito de dar respuesta a esta problemática:

❖ Mesa de Trabajo con Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, JUNAEB, JUNJI, SERNAM

Esta mesa se ha desarrollado desde el año 2011, con el propósito de desarrollar acciones en conjunto, que favorezcan la retención escolar de madres y padres adolescentes, adolescentes embarazadas y prevención de segundo embarazo.

❖ Mesa de Trabajo con SERNAM

En el contexto del Programa Comprometidos con la Vida, del Área Mujer y Maternidad, cuyo objetivo es apoyar a la madre en situación compleja ligada a su maternidad con el fin que reconozca sus capacidades personales y las alternativas de apoyo de la red social para poder promover un cambio en beneficio personal, el de su hijo/a y familia.

❖ Alianza Estratégica con INJUV

En el contexto de la Participación Juvenil vinculada al Plan Andino de Prevención de Embarazo Adolescente, y en relación al desarrollo de la Reunión Nacional del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes, y en el establecimiento y desarrollo de los Consejos Consultivos Regionales.

⁷ Ozer, EM., Adams, SH., Orrell-Valente, JK., y cols (2011). Does delivering preventive services in primary care reduce adolescent risky behavior? J Adolesc Health, 49(5):476-82.

CONCLUSIONES

El embarazo adolescente es un problema que se ha mantenido en los últimos años, alcanzando en el 2009 una cifra cercana a 161 nacimientos por mil nacidos vivos, observándose una leve alza progresiva desde el año 2005 (156 nacimientos por mil nacidos vivos).

Para el año 2010 se observa un quiebre en esta tendencia, donde de cada 1000 nacidos vivos aproximadamente 155 fueron hijos de adolescentes entre 10 a 19 años.

La información contenida en este documento muestra que las cifras de embarazo adolescente son en su mayoría, más altas en comunas de menor ingreso socioeconómico, sin embargo sus causas de base ligadas a las inequidades sociales y económicas, eventualmente se vinculan también a factores culturales y por lo tanto hay que tener esto en consideración al abordar esta problemática.

En la medida que aumenta la prevalencia de la maternidad adolescente, sus efectos secundarios como la deserción del sistema educacional antes o después del embarazo, la inserción precaria en el mercado laboral y el posible vínculo con la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente, favorecen las condiciones para que los hogares formados por madres adolescentes posean características de vulnerabilidad social y económica. En este sentido, el embarazo en la adolescencia es una problemática social, por cuanto reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales, con lo que lo que representa de fondo un problemática.⁸

Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas, tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud, menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos sufren más riesgos de salud.⁹

Junto a la información anterior al analizar la mortalidad materna y perinatal de las adolescentes madres, se puede concluir que el embarazo en este grupo etario siempre debe ser considerado como de alto riesgo, tanto para la madre como el niño, pues se relaciona con una mayor probabilidad de morir tanto en la adolescentes embarazadas como en sus hijos o hijas, por lo tanto la recomendación es poner énfasis en la vigilancia antenatal, post parto y puerperio considerando siempre el embarazo adolescente como un embarazo de alto riesgo..

En este contexto, la Estrategia Nacional de salud 2011-2020, con sus metas de impacto y resultados esperados, es el instrumento que operativiza el trabajo intersectorial para el abordaje del embarazo adolescente y se constituye de esta manera en una política integrada para la prevención del embarazo adolescente.

⁸ Palma, I. (2001) Salud y Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes en el contexto de la Reforma de salud en Chile. Documento OPS/OMS, Proyecto Equidad, Género y Reforma de la salud en Chile, Santiago de Chile.

⁹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

Esta política sectorial supone para su cumplimiento, una gran cantidad de acciones de los propios sectores en forma individual, así como, otras acciones en que se requiere de alianzas intersectoriales que favorezcan el logro de los resultados esperados propuestos en la Estrategia Nacional de Salud, entre ellas, por ejemplo, con el Ministerio de Educación, Sernam, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social.



REFERENCIAS

- 1.- Dides, C., Benavente, M., y Morán, J. (2008). Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile. Programa Género y Equidad. Santiago, Chile. Ministerio de Salud, UNFPA.
- 2.- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2007). Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.
- 3.- Olavarría, J. et al (2006). Estudio de la Situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo Chile. MINEDUC, FLACSO-Chile.
- 4.- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.
- 5.- Ozer, EM., Adams, SH., Orrell-Valente, JK., y cols (2011). Does delivering preventive services in primary care reduce adolescent risky behavior? J Adolesc Health, 49(5):476-82.
- 6.- Palma, I. (2001) Salud y Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes en el contexto de la Reforma de salud en Chile. Documento OPS/OMS, Proyecto Equidad, Género y Reforma de la salud en Chile, Santiago de Chile.
- 7.- Zubarew, T. (2010). Sexualidad en el Adolescente. Diploma Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Documento Elaborado por
Mat. Pamela Burdiles Fraile
VºBº Dra. Sylvia Santander Rigollet
Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes
Septiembre 2012.