

La gran reducción de la fecundidad en la adolescencia en América Latina

**El papel de los acuerdos internacionales,
las políticas basadas en datos
y la participación de adolescentes**

Jorge Rodríguez Vignoli



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

[Deseo registrarme](#)

Conozca nuestras redes sociales y otras fuentes de difusión en el siguiente link:



<https://bit.ly/m/CEPAL>



SERIE

POBLACIÓN Y DESARROLLO

142

La gran reducción de la fecundidad en la adolescencia en América Latina

El papel de los acuerdos internacionales,
las políticas basadas en datos
y la participación de adolescentes

Jorge Rodríguez Vignoli



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento fue preparado por Jorge Rodríguez Vignoli, Asistente de Investigación del Área de Población y Desarrollo del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco del programa de trabajo ordinario de 2025 de la División.

El autor agradece el apoyo de Udy Bell, Oficial Asociado de Asuntos de Población del CELADE-División de Población de la CEPAL, en la sistematización de datos sobre políticas e indicadores de salud pública, y de Gabriel Figueroa y Joaquín de Camino en el procesamiento de datos de las Encuestas Nacionales de Juventudes de Chile y de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de México, y en la revisión de cuadros, gráficos y bibliografía, respectivamente. También valora la ayuda de Antonia Gerter, Lucas O’Ryan y Samuel Inzunza en la sistematización de indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes y políticas de prevención del embarazo en la adolescencia y evaluaciones de las mismas. El autor reconoce, además, el aporte sustantivo de Simone Cecchini, Director del CELADE-División de Población de la CEPAL.

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN: 1680-9009 (versión electrónica)
ISSN: 1680-8991 (versión impresa)
LC/TS.2025/109
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2025
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.2500531[S]

Esta publicación debe citarse como: Rodríguez Vignoli, J. (2025). La gran reducción de la fecundidad en la adolescencia en América Latina: el papel de los acuerdos internacionales, las políticas basadas en datos y la participación de adolescentes. *Serie Población y Desarrollo* (142) (LC/TS.2025/109). Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. Antecedentes teóricos	11
II. Niveles, tendencias, determinantes próximos y sociales, y desigualdad social de la fecundidad y la maternidad adolescentes	15
A. Niveles y tendencias	15
B. Determinantes próximos y sociales	20
C. Desigualdad, con foco en el período 2010-2025.....	28
III. Los casos de Chile y México: Un examen más detallado de las tendencias de los determinantes y las políticas relevantes para la caída de la maternidad adolescente	31
A. Elementos metodológicos.....	32
B. Tendencias de la maternidad adolescente y sus variables próximas y subyacentes	32
1. Chile	32
2. México.....	35
C. Determinantes de la maternidad adolescente	37
1. Chile	37
2. México.....	39
IV. Políticas	41
A. ¿Cómo entender el embarazo y la fecundidad en la adolescencia en clave de políticas públicas?	41
B. El abanico de opciones de política, sus combinaciones y sus límites	44
C. Evidencia y recomendaciones internacionales.....	45
D. Breve descripción de políticas nacionales seleccionadas.....	47
E. Los casos de Chile y México: examen más detallado de sus políticas	49

1.	Chile	49
2.	México.....	53
V.	Conclusiones y recomendaciones, con foco en políticas	57
	Bibliografía.....	61
	Anexo A1.....	65
	Serie Población y Desarrollo: números publicados	73
Cuadros		
Cuadro 1	América Latina (5 países): mujeres de 20 a 24 años que usaron anticoncepción moderna (ACM) en la primera relación sexual, que se iniciaron sexualmente antes de los 15, 17 y 20 años, y que se unieron antes de los 15, 17 y 20 años, 2005/2023	23
Cuadro 2	América Latina (7 países): porcentaje de madres, mujeres de 19 años, según nivel educativo, y razón entre grupos educativos extremos, 1982-2023	25
Cuadro 3	América Latina (7 países): porcentaje de madres adolescentes observado y tipificado (por edad simple y nivel educativo), 1982-2022	26
Cuadro 4	Chile: maternidad adolescente, variables próximas y socioeconómicas, 2003-2022	34
Cuadro 5	México: niveles y tendencias de las variables intermedias, 2009-2023	36
Cuadro 6	Chile: coeficientes (<i>odds ratios</i>) de una regresión logística sobre la chance de haber sido madre, 2006, 2009, 2015, 2018 y 2022	38
Cuadro 7	México: coeficientes (<i>odds ratios</i>) de una regresión logística sobre la chance de haber sido madre, 2009, 2018 y 2023	39
Cuadro A1.1	Espacios amigables para adolescentes: información de países de América Latina	66
Gráficos		
Gráfico 1	Grandes regiones del mundo: tasa global de fecundidad (TGF) y tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA), 1990 y 2025.....	16
Gráfico 2	América Latina: madres, mujeres de 15 a 19 años, 1982/2024.....	17
Gráfico 3	América Latina: madres, mujeres de 19 años, 1982/2024.....	18
Gráfico 4	América Latina (15 países): variación de la TEFA (15-19 años), 2010-2023.....	19
Gráfico 5	América Latina (7 países): estructura educativa de las mujeres de 19 años edad, según años de estudio, censos de la ronda de 1980 o 1990 y censos de la ronda de 2020	24
Gráfico 6	América Latina (7 países): madres de 19 años, según años de estudio, censos de la ronda de 1980 o 1990 y censos de la ronda de 2020.....	27
Gráfico 7	América Latina (6 países): porcentaje de madres en el grupo de edad 15-19, total y quintil de ingreso más pobre (Q1), más rico (Q5) y brecha polar (Q1/Q5), 2010/2023.....	29
Recuadro		
Recuadro 1	Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención del embarazo adolescente, con foco en anticoncepción	45

Diagramas

Diagrama 1	Chile, principales hitos relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y la prevención del embarazo en la adolescencia, década de 1990 a la actualidad	52
Diagrama 2	Marco conceptual de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)	54

Resumen

América Latina sobresalió hasta hace poco por su fecundidad adolescente alta y resistente a la baja, así como muy desigual en términos socioeconómicos. Pero en los últimos 10 años esto ha cambiado rápida y significativamente; por una caída masiva de esta fecundidad en numerosos países de la región. La tendencia de la desigualdad, por su parte, es menos estilizada y sin signos de una caída generalizada. Dadas las lagunas de conocimiento respecto de la magnitud y extensión de la caída de la fecundidad adolescente, así como de los factores que han incidido en ella, en el presente estudio se sistematiza y analiza evidencia reciente proveniente de diferentes fuentes sobre la fecundidad y la maternidad adolescente, así como sobre algunos de sus determinantes socioeconómicos y próximos claves. Se efectúa un análisis especial de las tendencias de la maternidad adolescente en Chile y México, estimando el papel de las variables socioeconómicas e intermedias en estas tendencias mediante modelos robustos de regresión logística binomial.

Luego, con base en el análisis crítico de diferentes enfoques conceptuales y operativos para el diseño de políticas de prevención del embarazo adolescente, se ligan los hallazgos del análisis empírico con políticas implementadas en la región para prevenir el embarazo adolescente. Se profundiza en los casos de Chile y México ya que ambos países cuentan con políticas activas de prevención del embarazo adolescente. Se relevan algunas estrategias implementadas en ellos, y promovidas por el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, como los espacios amigables de salud para la atención de adolescentes. Se muestra como estas políticas y estrategias han contribuido a aumentar el uso de anticoncepción entre adolescentes y, por esa vía, a prevenir el embarazo adolescente. En el caso de Chile sobresale el incremento del uso de anticonceptivos de larga duración reversibles desde el primer coito en todos los grupos socioeconómicos.

La principal conclusión del estudio es que las políticas de prevención del embarazo adolescente pueden lograr sus objetivos si tienen continuidad, están basadas en evidencia científica, e incluyen mecanismos de implementación que consideran la participación de adolescentes. Esta prevención abona al bienestar de los y las adolescentes y asegura el ejercicio de algunos de sus derechos, facilitando el enfrentamiento de muchos otros desafíos que apremian a los y las adolescentes actuales.

Introducción

Hay consenso en que la fecundidad adolescente¹ es adversa para las y los adolescentes, para sus hijos/as, para sus familias y hogares, y para la sociedad en su conjunto. Asimismo, el embarazo en la adolescencia es un asunto de vulneración de derechos para muchas adolescentes. Y también es un evento cuya probabilidad es muy desigual en términos socioeconómicos y que contribuye a la reproducción de la pobreza y de la desigualdad social y de género, a causa de las adversidades que genera, sobre todo para las mujeres. Por todo lo anterior, la fecundidad adolescente, concita preocupación en muchos actores sociales y en la comunidad en general. Y es objeto de diferentes tipos de intervenciones de naturaleza preventiva, algunas debidamente fundamentadas en términos científicos y que pueden lograr su objetivo, que no es simplemente reducir la fecundidad adolescente sino mejorar en general la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y hacerlo garantizando los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes (Banco Mundial, 2024a, 2024b; Cherry y Dillon, 2014; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2024, 2025c; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2024, 2025; Garbett et al., 2025, Kirby, 2001; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018; OPS/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2022).

¹ La fecundidad adolescente y la maternidad adolescente están íntimamente correlacionadas, pero son diferentes y se miden de manera distinta. La fecundidad adolescente corresponde a la frecuencia relativa de los nacimientos, de cualquier orden, entre adolescentes y se mide mediante la tasa específica de fecundidad adolescente o tasa de fecundidad del grupo 15 a 19 años, típicamente expresada por mil. En cambio, la maternidad adolescente se refiere a la frecuencia relativa acumulada del primer hijo entre mujeres de 15 a 19 y se mide mediante el porcentaje de madres entre adolescentes o subgrupos de edad de las adolescentes o hasta cierta edad de la adolescencia (por ejemplo, porcentaje de madres antes de cumplir los 18 años de edad).

En esa línea, varios instrumentos Internacionales —como el Plan de Acción de El Cairo (PA-CIPD, 1994)², el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD)³ y la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁴— incluyen la fecundidad adolescente en sus contenidos y proponen acciones para su prevención, así como para erradicar la unión infantil⁵.

El presente texto sintetiza numerosos estudios, análisis y datos recabados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL sobre la materia (Rodríguez, 2014, 2017, 2024, 2025; Rodríguez et al., 2017; Rodríguez y San Juan, 2020, 2023) y apunta a ofrecer una visión actualizada de las tendencias de la fecundidad en la adolescencia, cuyo seguimiento debe basarse en diversos indicadores relativos a: i) los nacimientos de madres adolescentes (de embarazo, de fecundidad, de maternidad, de paridez, etc.); ii) los determinantes próximos o variables intermedias de estos nacimientos, como la iniciación sexual y nupcial, la edad de la menarquia, el uso de anticonceptivos y el aborto; y iii) los determinantes socioeconómicos de estos nacimientos, como los niveles de ingreso y de educación, las relaciones de género, las normas y prácticas culturales, las oportunidades y las perspectivas futuras para los y las adolescentes, las leyes y el trato de las otras generaciones, entre otros; y iv) las políticas públicas dirigidas a prevenir estos nacimientos, en particular las de salud sexual y reproductivas de adolescentes.

El texto se estructura de la siguiente manera. Luego de la presente introducción, en el capítulo I se expondrán algunos **antecedentes teóricos sobre la fecundidad adolescente, sus determinantes, su relación con el desarrollo económico y social, y su evolución previsible**.

En el capítulo II, prosigue el examen empírico de las **principales tendencias de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia en la región**, ocasionalmente en términos comparados con otras regiones del mundo. Para ello se usarán diversos indicadores y fuentes, incluyendo desagregaciones para evaluar la **tendencia de la desigualdad social de esta fecundidad y maternidad**. Estas tendencias reflejarán en varios casos la situación actual de diferentes países, lo que permitirá establecer diálogos y puentes con las políticas implementadas en ellos.

En el capítulo III se profundizará en dos países, **Chile y México**, que cuentan con datos para modelar algunas de las variables socioeconómicas e intermedias de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia, y cuyos resultados también pueden vincularse con políticas específicas de prevención del embarazo adolescente implementadas en ambos países.

En el capítulo IV se revisarán los elementos clave relativos a **la comprensión de la fecundidad en la adolescencia desde la perspectiva de las políticas públicas**, detallando las razones para su prevención y cómo corresponde actuar sobre las conductas reproductivas de los y las adolescentes de acuerdo con la evidencia disponible.

En el capítulo V sigue una revisión concisa de las **políticas públicas** y las acciones que se han desplegado en América Latina y el Caribe, en general, y en Chile y México en particular, para prevenir el embarazo adolescente y sus nexos con el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Finalmente, en el capítulo VI se sintetizan los principales hallazgos y se ofrecen conclusiones y recomendaciones para la acción futura.

² https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/jicpd_spa.pdf

³ <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

⁴ Véanse la meta ODS 3.7 y sus indicadores 3.7.2. (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>).

⁵ Véase la meta ODS 5.3 y su indicador 5.3.1. (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>).

I. Antecedentes teóricos

Los determinantes de la fecundidad en la adolescencia son principalmente socioeconómicos y culturales, aunque también hay algunos biológicos y, sin duda, las políticas pueden ser consideradas determinantes también.

Estos determinantes operan a varios niveles, por lo cual se suele usar un enfoque ecológico con dimensiones jerárquicas de determinantes, desde las más agregadas a las más desagregadas (Rodríguez 2014, 2017; Rodríguez et al., 2017; Rodríguez y San Juan 2020, 2023). En su expresión más simple, este modelo tiene cuatro capas o niveles, que van de mayor a menor agregación: i) estructural; ii) comunitaria; iii) doméstica o familiar; iv) individual.

La capa más agregada incluye a los determinantes que operan a escala de países, lo que pueden ir desde ideas, mensajes o ideologías que circulan globalmente, hasta leyes, instituciones, políticas y sistemas sectoriales relevantes (por ejemplo, salud) que operan a escala de un país, sobre todo unitario. Para poner un ejemplo, la existencia o no de una red de atención primaria de salud con espacios amigables para adolescentes, es un determinante agregado de la fecundidad adolescente; lo mismo ocurre con la existencia de narrativas a escala global o mundial sobre la valoración de la maternidad o paternidad temprana o las narrativas y leyes relativas a la actividad sexual, anticoncepción, matrimonio, aborto, entre otras, de adolescentes.

A continuación, sigue la capa comunitaria, que tiene dos componentes:

- i) la expresión local de algunos determinantes estructurales, por ejemplo, el funcionamiento específico del consultorio local (con independencia de la cobertura y calidad de la red nacional); la valoración de la fecundidad adolescente de la comunidad concreta (por ejemplo, un asentamiento urbano-marginal, un barrio acomodado o un territorio ancestral indígena), más allá de la valoración promedio nacional;
- ii) la dinámica e influencia que ejercen las diferentes “comunidades” en las que se desenvuelven los y las adolescentes y que van desde grupos religiosos o de pares hasta clubes deportivos, escuelas y barrios, todos los cuales inciden por varias vías, muchas veces

de manera decisiva, en la conducta de los y las adolescentes. Los y las adolescentes pasan parte importante de su tiempo diario en estas comunidades y son altamente sensibles a las interacciones producidas en ellas, cuyo alcance se ha extendido recientemente a causa de las redes sociales.

Posteriormente se encuentra la capa doméstica o familiar. La familia, o quienes sean responsables o cuiden cotidianamente a los/as adolescentes, puede influir sobre las conductas de los y las adolescentes mediante el proceso de socialización y la transmisión de valores, preferencias, visiones de mundo y expectativas. Todo esto incide sobre la fecundidad adolescente, sea de manera directa —por ejemplo, actitudes hacia la fecundidad adolescente o el uso de anticonceptivos o la actividad sexual durante la adolescencia— o de forma indirecta —valoración de alternativas a la fecundidad adolescente, capacidad para enfrentar las relaciones de pareja, empoderamiento general y sobre todo en materia de salud y de género, etc. —. Adicionalmente, el entorno familiar de los y las adolescentes influye mediante las condiciones materiales de vida que brinda, la disponibilidad de recursos para acceder a educación, servicios, cultura y proyectos y opciones de vida alternativos a la maternidad adolescente.

Finalmente están las características de los individuos, algunas de ellas psicológicas y otras expresiones personales de las tres capas anteriores (nivel de religiosidad, de participación en grupos de pares, de agencia, de autoestima de preferencias sexuales y reproductivas, edad, etc.) del/a adolescente.

Los determinantes anteriores, así como todas las políticas y programas de prevención del embarazo adolescente, influyen sobre la fecundidad adolescente mediante los denominados determinantes próximos. Estos son: i) la edad de la menarquia; ii) la edad de la iniciación sexual y la intensidad (y el propósito de las relaciones sexuales), que pueden estar muy influidas por la edad de la unión⁶; iii) el uso de anticoncepción, más precisamente el acceso, la oportunidad y la calidad de la anticoncepción, destacando algunos métodos recientes de larga duración reversibles que pueden ser muy efectivos para prevenir embarazos; iv) el aborto, sea espontáneo o inducido.

Un corolario clave de esta visión compleja pero articulada de los determinantes de la fecundidad adolescente, refiere a las políticas para prevenir el embarazo adolescente. Este último, y sobre todo su materialización en la fecundidad y la maternidad adolescentes, implica un costo social y económico para los y las adolescentes, así como para sus familias, las que muchas veces tienen que resolver, atender o apoyar en la crianza de los hijos de madres adolescentes. El UNFPA ha desarrollado estudios que permiten tener estimaciones del impacto económico del embarazo adolescente para la sociedad y las personas directamente relacionadas con él, como: adolescentes, hijos e hijas de adolescentes, familias de de las/los adolescentes (UNFPA, 2025).

Por otra parte, prevenir el embarazo en la adolescencia es importante desde una perspectiva de derechos. Las encuestas especializadas muestran que la mayor parte de los y las adolescentes que ya fueron madres, no deseaban serlo y habrían preferido postergar la maternidad o simplemente no habrían querido tener hijos en ningún momento de su vida. Sin embargo, lo tuvieron. Por lo tanto, existió una vulneración de derechos (Rodríguez 2017, 2024). El embarazo adolescente también amerita ser prevenido porque es desigual, pues es mucho mayor entre las adolescentes pobres y porque lejos de ser una salida que permita a las y los adolescentes que son progenitores superar la pobreza o sortear la desigualdad, es un factor adverso que tiende a reproducir la pobreza de manera intergeneracional y a profundizar estructuralmente la desigualdad. Finalmente, también cabe prevenir el embarazo adolescente porque está enraizado en la desigualdad de género y normalmente se asocia con responsabilización de la crianza a la adolescente, eventualmente con apoyo de su familia, y elusión de

⁶ La nupcialidad, que en términos demográficos refiere tanto a matrimonios formales como a uniones o cohabitación informal, ya no es considerada técnicamente un determinante próximo (Bongaarts, 2015). Con todo, su exclusión del modelo estándar y cálculos asociados en modo alguno debe invisibilizar su importancia. En efecto, sigue siendo relevante, pues la actividad sexual en el contexto de las uniones no solo es más frecuente, en promedio, sino que tiende a tener más probabilidades de tener intenciones reproductivas.

responsabilidad masculina, y con frecuencia también se vincula con violencia de género y abuso sexual, sobre todo embarazos de menores de 15 años. Todo esto será retomado en otros capítulos de este documento, aunque desde ya se adelanta un principio básico debidamente fundamentado en evidencia y análisis: las intervenciones públicas (leyes, normas, protocolos, políticas, programas, presupuestos e inversiones) deben atender a todos los tipos de determinantes, pero el cambio de los determinantes próximos es *sine qua non*, siendo el principal el uso de anticonceptivos o, desde un enfoque aplicado, el acceso libre e informado a la anticoncepción oportuna y eficiente.

Por otro lado, de acuerdo con todas las teorías existentes, los hitos reproductivos deberían estar modificando su calendario con el cambio socioeconómico y cultural (Cherry y Dillon, 2014; Grebett et al., 2025; Rodríguez et al., 2017). Este cambio suele etiquetarse con nociones como modernización socioeconómica y modernidad cultural. Ambas son, en principio, reductoras de la fecundidad total, incluyendo la adolescente. Más concretamente, la sexualidad y la fecundidad “modernas” en la adolescencia debieran estar marcadas por: i) la drástica reducción de la nupcialidad y de la tenencia de hijos; ii) el adelantamiento de la primera relación sexual, aunque esto no parece ser un proceso irreversible; iii) la generalización de la actividad sexual antes de la unión; iv) la masificación de la protección anticonceptiva; v) la convergencia de las conductas sexuales entre hombre y mujeres; y vi) la convergencia entre grupos socioeconómicos de los comportamientos relacionados con la fecundidad. Ahora bien, mientras los factores que determinan el retraso de la unión y de la tenencia de hijos son estructurales —la unión y la fecundidad tempranas no son compatibles con una sociedad moderna que define el período de la adolescencia como de transición y preparación para roles futuros entre ellos, eventualmente los de sostenedor de hogar y progenitor—, las otras cuatro variables dependen de factores culturales más complejos y diversos, por lo cual se trata de una regularidad observada solo en ciertos contextos culturales, asociados a la denominada cultura occidental o los denominados valores seculares, egocentros, racionales, igualitaristas y postmaterialistas. Esta noción de diversidad cultural ha sido validada por estudios comparativos mundiales que han usado datos del siglo XX: “*No universal trend towards earlier sexual intercourse has occurred, but the shift towards later marriage in most countries has led to an increase in premarital sex, the prevalence of which is generally higher in developed countries than in developing countries and is higher in men than in women*” (Wellings, 2006, pág. 1706). Sin embargo, no es claro si esta diversidad corresponde a trayectorias disímiles consolidadas y persistentes o se trata más bien de desfases temporales principalmente.

II. Niveles, tendencias, determinantes próximos y sociales, y desigualdad social de la fecundidad y la maternidad adolescentes

A. Niveles y tendencias

América Latina ha sobresalido mundialmente durante largo tiempo por sus elevados niveles de fecundidad adolescente. Desde la década de 1990, al menos, la región ha registrado la segunda tasa de fecundidad adolescente más alta de todas las regiones del mundo, solo inferior a África, y su nivel ha estado bien por sobre el promedio mundial hasta la actualidad (véase el gráfico 1). Esto contrasta fuertemente con la tendencia de la tasa global de fecundidad (TGF) de la región, que ha caído marcadamente en los últimos 50 años⁷ y desde hace décadas está por debajo del promedio mundial. Y también choca con la tendencia de los indicadores resúmenes de desarrollo socioeconómico, que normalmente se asocian negativamente con la fecundidad adolescente, que clasifican a la región en una posición intermedia y, por ende, se espera una fecundidad adolescente moderada y no alta. Por ambas razones, la elevada fecundidad adolescente de la región ha sido considerada una anomalía mundial (Rodríguez et al., 2017) y un enigma en materia de interpretación⁸.

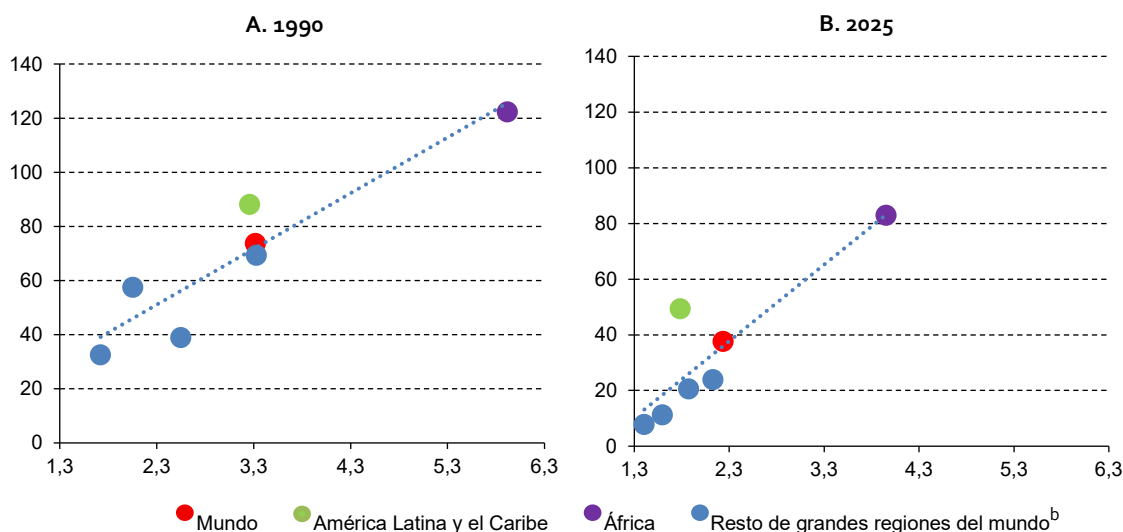
Ahora bien, el gráfico 1 muestra que —de acuerdo con las proyecciones vigentes de Naciones Unidas, elaboradas en 2024—, la TEFA ha caído de manera importante en la región y en 2025 se estimaba en 49 por mil. Vale decir, la región se alejó del virtual estancamiento en niveles elevados

⁷ La TGF corresponde a la suma de las tasas específicas de fecundidad ponderadas por el intervalo de edad usado por estas tasas (típicamente 5 años). Si se trata de tasas por edad simple, la TGF corresponde a la suma de ellas. Lo anterior significa que la tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA) es un subconjunto de la TGF. En general, se espera una alta correlación entre ambas.

⁸ “It is a demographic puzzle that Latin America and the Caribbean's high levels of adolescent fertility have persisted over the course of its dramatic fertility transitions and schooling expansions. These phenomena usually occur alongside postponements to entry into motherhood” (Garbett et al, 2025, abstract).

que se observó a fines del siglo pasado cuando entre 1980 y 2000 la TEFA solo bajó desde 93 por mil a 83 mil (Naciones Unidas, 2024).

Gráfico 1
Grandes regiones del mundo: tasa global de fecundidad (TGF) y tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA), 1990 y 2025
(Promedio^a y por mil)



Fuente: Elaboración del autor sobre la base de Naciones Unidas (2024), World Population Prospects 2024.

^a TGF corresponde al promedio de hijos por mujer. TEFA corresponde al cociente entre nacimientos de mujeres de 15 a 19 sobre el total de mujeres de esa edad (multiplicado por mil).

^b Resto de grandes regiones del mundo: Asia, Europa, América del Norte y Oceanía.

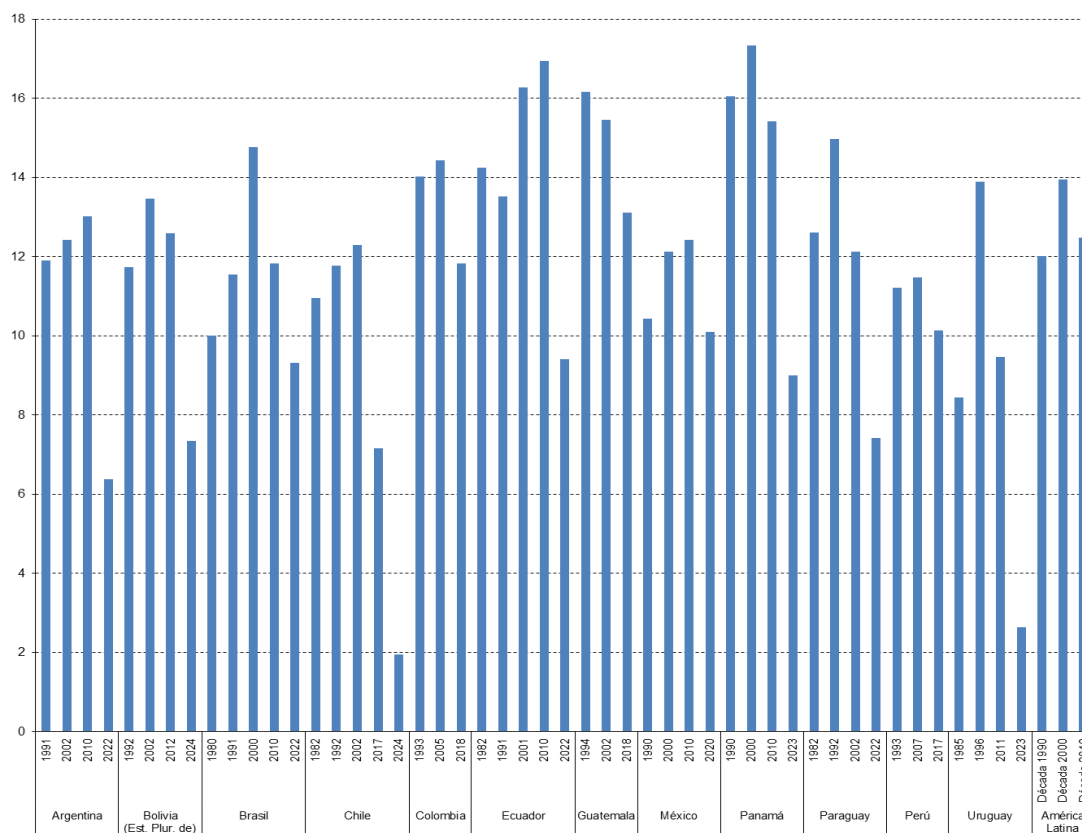
Cabe destacar que el estancamiento de la TEFA observado entre 1980 y el año 2000 fue concomitante con un aumento de la maternidad adolescente⁹. Lo anterior se aprecia en el gráfico 2, que expone la evolución de la maternidad adolescente, usando como indicador el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya han sido madres según los censos. Se presentan todos los países de la región que ya han divulgado y validado los datos de fecundidad de sus censos de la ronda 2020¹⁰. Los resultados

⁹ Lo anterior se debe a que, como se ha explicado en otras publicaciones (Rodríguez, 2014; Rodríguez et al., 2017; Rodríguez y San Juan, 2020), por varias razones la TEFA puede tener una tendencia diferente a la maternidad, ya que: i) la TEFA se calcula con nacimientos de cualquier orden, mientras que la maternidad se calcula con nacimientos de orden 1 y es sabido que la caída de la fecundidad opera típicamente con nacimientos de orden superior y no con los de orden 1; ii) la TEFA aplica a un grupo de edad y refiere a un año calendario, mientras que la maternidad refiere a la experiencia acumulada de este evento para un grupo de edad y puede calcularse tanto para el grupo 15-19 como por edades simples (sobre todo en el caso de censos) y en este último caso no está afectada por la estructura etaria dentro de las adolescentes. La TEFA, indicador oficial 3.7.2 para el seguimiento de la meta 3.7 de los ODS, y el porcentaje de madres (indicador B.18 para el seguimiento del Consenso de Montevideo: <https://consensomontevideo.cepal.org/es>), son indicadores complementarios (Rodríguez, 2014) y, de hecho, son los dos principales indicadores de la fecundidad adolescente que se usan en el presente estudio.

¹⁰ En el texto se usa la expresión "ronda censal" para referirse al período centrado en el momento inicial de una década y que cubre los 5 años previos y los 5 siguientes. Por ejemplo, la ronda censal de 2020 corresponde a los censos levantados entre 2015 y 2024. Por otra parte, se usa la voz década censal para referirse a los censos levantados durante la década, por ejemplo, los censos de la década de 2010 se levantaron entre 2010 y 2019. En el caso de la base de datos MATERNILAC (Maternidad en América Latina y el Caribe, (https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?area_id=779&theme=1&lang=es), ampliamente usada en este estudio, los valores regionales se obtienen a partir de la suma de valores censales absolutos de los países y se calculan para décadas, por lo cual se combinan valores de diferentes años de la década.

muestran una masiva caída de la maternidad adolescente en todos los censos de la ronda 2020, llegando a niveles tan bajos como 1,9% en Chile 2024.

Gráfico 2
América Latina: madres, mujeres de 15 a 19 años, 1982/2024
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de MATERNILAC (https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?area_id=779&theme=1&lang=es) y procesamiento especial en línea de microdatos censales en los casos de: Argentina 2022, (<https://redatam.indec.gob.ar/binarg/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CPV2022ylang=ESP>) y de Uruguay 2023 (<https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/politicas-y-gestion/microdatos-censo-2023-anonimizados>). En los casos de Bolivia 2024 y Paraguay 2022 se usó la base de datos disponible en CELADE-División de Población de la CEPAL. En los casos de Brasil 2022 y Chile 2024 se usaron tablas publicadas por los países: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/downloads.html> y <https://censo2024.inec.gov.cl/estadisticas/>, respectivamente.

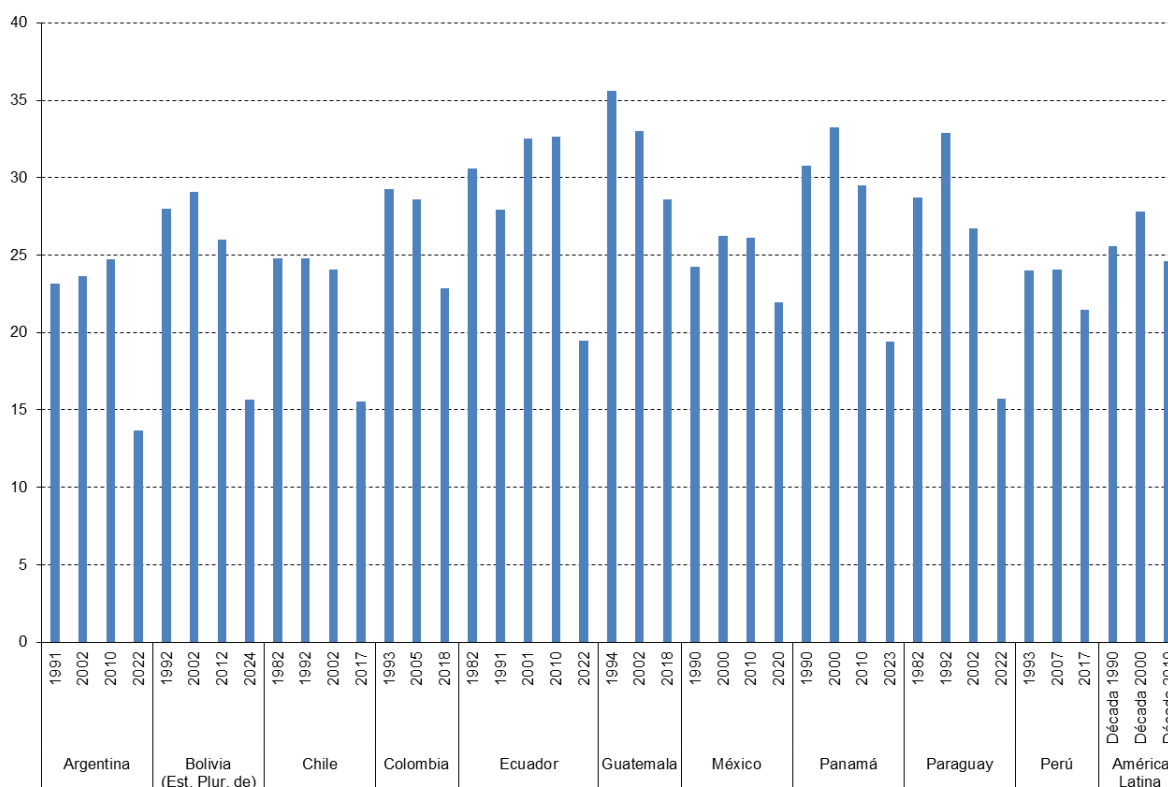
Nota: Los porcentajes se calculan sobre el total de las mujeres. Los casos de no respuesta o ignorado se asignan a no madres, como sugiere la literatura especializada (Moultrie et al, 2013; Rodríguez et al, 2017).

Los países incluidos en el caso del América Latina varían según década censal, por lo cual no son directamente comparables. Con todo, cálculos realizados solo con países que tienen las tres observaciones censales muestran la misma tendencia, que de cualquier manera debe considerarse con algunas cautelas, pues en cada década hay censos de diferentes años (es su mayoría cercanos al año terminado en cero, es decir 1990, 2000 y 2010.).

No se incluye valor para la región en la década de 2020, porque aún no se cuenta con información de un número suficiente de países para una comparación adecuada con las otras décadas expuestas.

Ahora bien, este indicador está influenciado por la estructura etaria dentro del grupo 15 a 19 y puede transmitir una falsa sensación de bajo nivel de la maternidad adolescente, porque incluye a mujeres en diferentes fases de la adolescencia. Entonces, el hecho que aún no hayan sido madres al momento del censo no asegura que concluirán la adolescencia como nulíparas. Por lo anterior, en el gráfico 3¹¹ se presenta el indicador de maternidad solo para la edad 19, que además de controlar el efecto distorsionador de la estructura etaria también sirve como aproximación a la probabilidad de terminar la adolescencia, es decir cumplir 20 años, siendo madre.

Gráfico 3
América Latina: madres de 19 años, 1982/2024
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de MATERNILAC (https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?area_id=779&theme=1&lang=es) y procesamiento especial en línea de microdatos censales en el caso de Argentina 2022, (<https://redatam.indec.gov.ar/binarg/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CPV2022ylang=ESP>). En los casos de Bolivia 2024 y Paraguay 2022 se usó la base de datos disponible en CELADE-División de Población de la CEPAL.

Nota: Los porcentajes se calculan sobre el total de las mujeres. Los casos de no respuesta se asignan a no madres como sugiere la literatura especializada (Moultrie et al., 2013, Rodríguez, 2017).

Los países incluidos en el caso del América Latina varían según década censal, por lo cual no son directamente comparables. Con todo, cálculos realizados solo con países que tienen las tres observaciones muestran la misma tendencia, que de cualquier manera debe considerarse con algunas cautelas ya que en cada década hay censos de diferentes años (es su mayoría cercanos al año terminando en 0 -es decir 1990, 2000 y 2010).

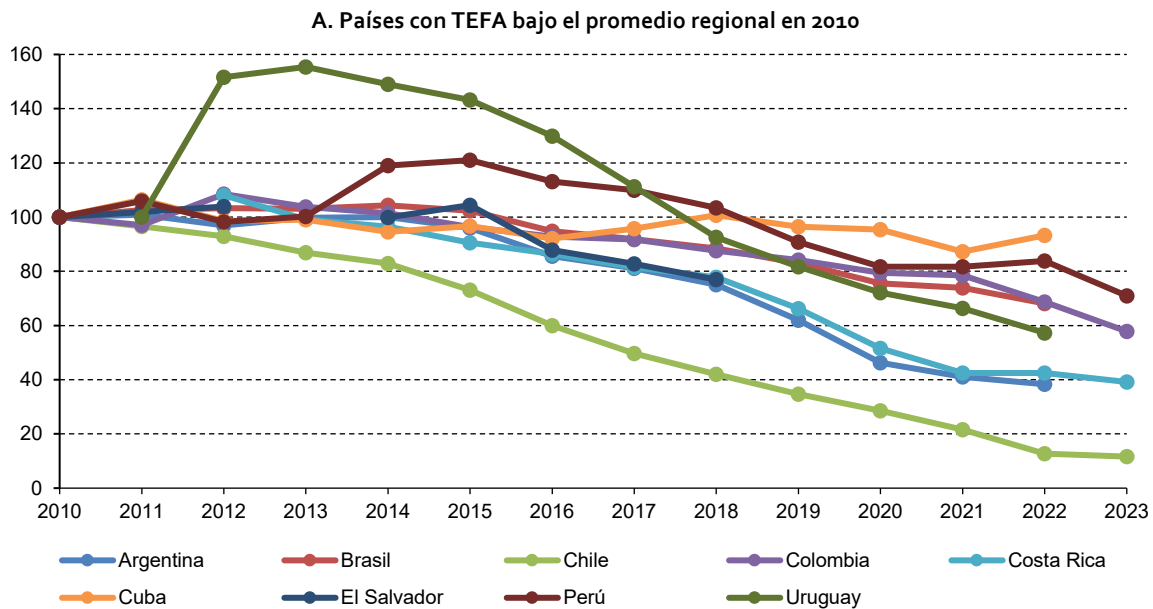
No se incluye valor para la región en la década de 2020, porque aún no se cuenta con información de un número suficiente de países para una comparación adecuada con las otras décadas expuestas.

¹¹ En el gráfico 3, así como en todos los que siguen de maternidad basados en censos, hay menos países que en el gráfico 2 porque no han sido liberados y/o validados aún los datos por edad simple o la base de datos que permitiría los cálculos por edad simple.

Los resultados vuelven a ser elocuentes, tanto respecto de lo que aconteció en la región entre 1980 y 2010, como lo ocurrido con posterioridad. En la década final del siglo XX y la inicial del siglo XXI, 30% o más de las mujeres eran madres a la edad 19 —valor muy cercano a la probabilidad de ser madre durante la adolescencia— y la tendencia de este indicador fue crecientes en varios países y en la región en su conjunto. Los censos de la ronda de 2020, es decir levantados entre 2015 y 2024, muestran, en cambio, una caída significativa respecto del censo previo en casi todos los países. Esta caída es particularmente marcada en Argentina (2010-2022), Estado Plurinacional de Bolivia (2012-2024), Chile (2017-2024), Ecuador (2010-2022), Panamá (2010-2023), Paraguay (2002-2022) y Uruguay (2011-2023), tendencias que se ratifica con otras fuentes (CEPAL, 2024, 2025b).

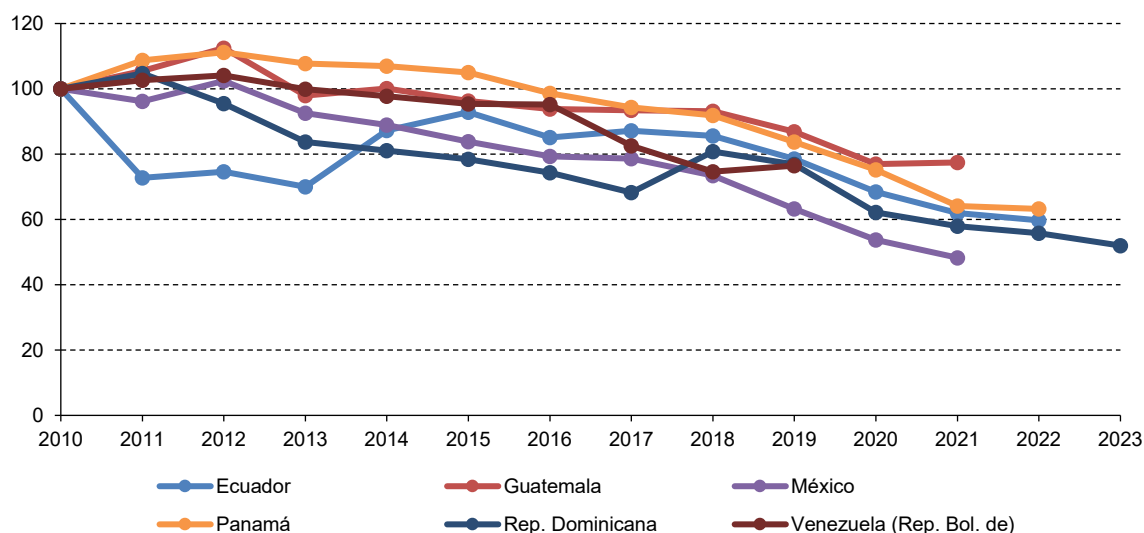
Por su parte, el gráfico 4 muestra como entre 2010 y 2015 las tasas específicas de fecundidad adolescente (TEFA) estaban constantes o con descensos muy ligeros en la mayoría de los países de la región; incluso varios de ellos (Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, El Salvador, México, Panamá, Perú, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela) mostraban inflexiones hacia el alza en este quinquenio. Pero todo eso comienza a cambiar a mediados de la década de 2010, con descensos sostenidos y, en algunos casos, masivos y muy rápidos. El caso que sobresale es Chile: si bien tiene una trayectoria descendente desde 2010, es desde 2014 en adelante que se acelera el descenso, llegando en 2022 a una tasa que es casi un décimo de la que tenía en 2010¹². Entre otras razones, por esta tendencia sobresaliente de Chile, su caso se examina con más detalle en el capítulo III de este documento. El gráfico 4 también muestra que no hubo gran diferencia entre las tendencias de los países con niveles sobre o bajo la media de fecundidad adolescente regional en 2010, aunque bajas del orden de 60% o más solo se registraron entre países con fecundidad adolescente bajo la media regional en 2010, con lo cual se alejaron incluso más del promedio regional.

Gráfico 4
América Latina (15 países): variación de la TEFA (15-19 años)^a, 2010-2023



¹² En 2023 la caída se detuvo, por un efecto circunstancial postpandemia. Habrá que hacer seguimiento de la tendencia con los datos aún no oficializados de 2024 y 2025, cuando estén disponibles (tanto el numerador oficial como el denominador revisado con la actualización de las proyecciones posteriores al censo de 2024).

B. Países con TEFA sobre el promedio regional en 2010



Fuente: Estadísticas vitales de los países en línea y Demographic Yearbook System (<https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/>).

^a Valor de TEFA en 2010 se transforma en 100.

Y si bien ningún país registra un aumento de la tasa de fecundidad adolescente entre 2010 y los primeros años de la década de 2020, sí hay que mencionar que tres países (Cuba, Perú y Guatemala) registran caídas menores al 30% en el período. El caso de Cuba es particularmente llamativo por el reconocido alcance de su red de salud, el acceso a aborto y sus avances en materia de educación integral para la sexualidad, junto con otros atributos sociales como el alto nivel educativo y la masiva participación de las mujeres en la actividad laboral y la sociedad en general. Desde luego todo lo anterior se alinea con una fecundidad adolescente y declinante. Pero no es una disociación exclusiva del período: Cuba fue el primer país de la región con niveles de fecundidad por debajo del reemplazo, lo que alcanzó en 1978 (CEPAL, 2025c) y desde esa fecha no logró una reducción equivalente en la fecundidad adolescente. Por ello su evolución amerita mayor análisis. Seguramente la resistencia a la baja de la TEFA se vincula con factores sociales y culturales específicos de Cuba, que se pueden haber reforzado con la crisis socioeconómica y las dificultades de abastecimiento de anticonceptivos, en particular de larga duración reversibles (LARCS en inglés), que enfrenta el país, en el marco de un bloqueo de larga duración y recientemente intensificado.

B. Determinantes próximos y sociales

Los cambios estructurales asociados con la modernización social y la modernidad cultural, expuestos en el capítulo I, tuvieron efectos diferenciados sobre la fecundidad total y la adolescente en la región.

La modernización socioeconómica y sus pilares —industrialización, urbanización, aumento de la importancia de la educación, acceso de la mujer al trabajo remunerado, entre otros— tuvo el impacto esperado de reducción del valor económico y aumento del costo económico de los hijos, conduciendo a una baja en la cantidad de hijos deseada y planificada. La modernización sociocultural y sus pilares —secularización, reducción de la desigualdad de género y del enclaustramiento doméstico de las mujeres, aumento de la autonomía personal para tomar decisiones, entre otros— tuvo su resultado esperado de abatimiento de los costos culturales y sicosociales de tener menos hijos y de usar anticonceptivos para ello. La modernización tecnológica y médica tuvo su consecuencia esperada de

reducción de los costos económicos de la anticoncepción, la multiplicación de su acceso y el mejoramiento de su efectividad (CEPAL, 2025c).

Esta modernización y la denominada “modernidad reflexiva” que está en la base de la segunda transición demográfica, contribuyó a postergar el inicio de la vida reproductiva y, con ello, reducir sensiblemente la fecundidad adolescente en los países desarrollados¹³. Sin embargo, en América Latina no se expresó de la misma forma. Esto se ha debido, en parte, a que la modernidad cultural en la región fue truncada para los y las adolescentes, porque, por un lado, se expresó en una relajación de normas en materia sexual, lo que se expresó en comportamientos, masificándose la iniciación sexual durante la adolescencia, sin propósito reproductivo ni en contextos de unión aunque sí, en su gran mayoría de relaciones románticas; pero, por otro lado, no modificó la visión de las generaciones mayores y la institucionalidad sobre los y las adolescentes, y se les mantuvo restringido el acceso a la salud sexual y reproductiva y, sobre todo, a los anticonceptivos, en comparación con el acceso más abierto de las personas y mujeres de otras edades o unidas (Rodríguez et al., 2017).

Esto se tradujo en tendencias de las variables intermedias favorables al aumento de la fecundidad adolescente, con independencia de tendencias socioeconómicas, acciones y declaraciones favorables a la prevención del embarazo y fecundidad adolescente.

Con base en estudios internacionales comparativos (Batyra y Kohle, 2022; Clark et al, 2019, Clark y Agnant, 2025; Gayet y Juarez, 2025; Hailu y Beyene, 2025; Rodríguez et al., 2017) es posible advertir las siguientes tendencias de las variables intermedias de la fecundidad adolescente entre 1980 y 2010: i) adelantamiento de la menarquia (Leone y Brown, 2021; Rodríguez y San Juan, 2020), lo que aumenta la exposición al riesgo de embarazo y naturalmente conlleva una mayor probabilidad de maternidad adolescente *ceteris paribus*; ii) adelantamiento generalizado de la actividad sexual, en particular de aquella premarital, lo que también eleva la exposición a embarazo en la adolescencia y, en particular, de embarazo no deseado porque la actividad sexual premarital típicamente es sin intenciones reproductivas¹⁴; iii) aumento limitado del uso de anticonceptivos, y muy bajo debut sexual protegido, salvo por un incremento del uso del condón, como resultado de las campañas para prevenir el VIH/SIDA; iv) un salto del uso de anticonceptivos luego del primer embarazo o hijo/a por el despliegue de diferentes actores y acciones para cortar la trayectoria reproductiva temprana (CEPAL, 2024; Rodríguez 2024, 2025; Rodríguez y Pozo, 2020); v) una gran cantidad de actividad sexual sin intenciones reproductivas y sin protección, siendo la clave del aumento de la maternidad adolescente y no deseada en las postrimerías del siglo XX como mostrado en gráfico 2.

Pero la segunda década del siglo XXI ha estado marcada en la región por voluntad política y programas específicos tendientes a prevenir la fecundidad adolescente (CEPAL, 2024, 2025a) y por dos grandes acuerdos internacionales con claras referencias a esta prevención. Primero, desde agosto de 2013 el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013) ha impulsado un nuevo

¹³ Con algunas excepciones, sobresalientemente el caso de Estados Unidos que, durante el denominado baby boom posterior a la segunda guerra mundial, experimentó una significativa alza de la TEFA (llegando a una tasa cercana a 100 por mil en 1957) y que desde la segunda mitad de la década de 1980 hizo lo propio aumentando de 50 por mil a 62 por mil entre 1986 y 1991, regresando a fines de siglo XX a niveles del orden de 50 por mil (Naciones Unidas, 202, 2025, Servicio de investigación del Congreso de los Estados Unidos, 2025).

¹⁴ Sobre este punto caben varios comentarios. El primero es que premarital significa antes de la unión no antes del matrimonio formal. El segundo es que premarital no significa casual u ocasional o con desconocidos ya que la iniciación y la actividad sexual de los y las adolescentes suelen darse en contextos de pareja romántica (con diferentes grados de duración y solidez eso sí) o, al menos, de vínculos previos. Y el tercero es que la deseabilidad o la intencionalidad o la planificación de la fecundidad es un concepto complejo y sobre el cual la información ha sido históricamente fragmentaria. Y en el último tiempo, la información ha tendido a reducirse, por la desaparición de fuentes especializadas (CEPAL, 2025c). Con todo, usando los indicadores estándares sobre deseabilidad post nacimiento, que suelen sobreestimarla, la tendencia de la deseabilidad ha sido claramente descendente y la mayor parte de la fecundidad durante la adolescencia era no deseada en casi todos los países con datos hasta 2010 (Rodríguez, 2017; Rodríguez et al., 2017), y seguramente eso se ha mantenido, si acaso no acentuado, con posterioridad.

trato a las personas adolescentes, un reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y de su acceso a la salud sexual y reproductiva, y una estrategia para la atención especializada y amigable de su salud, con énfasis en la sexual y reproductiva. En particular, en su capítulo B y sus medidas prioritarias B.11 a B.15, el Consenso de Montevideo recomienda estrategias específicas para ampliar y fortalecer la Educación Integral para la Sexualidad [EIS], los servicios de salud amigables para adolescentes, el acceso a la anticoncepción oportuna y eficiente y bajo condiciones de confidencialidad e incluyendo la de emergencia, el empoderamiento de los y las adolescentes para la toma de decisiones informadas y preventivas, entre otras muchas acciones. Posteriormente, desde septiembre de 2015 está actuando la Agenda 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los que incluyeron metas e indicadores específicos sobre prevención de fecundidad adolescente y erradicación de uniones tempranas y matrimonios infantiles (indicadores 3.7.2 y 5.3.1, respectivamente).

Todo lo anterior ha sido concomitante con cambios favorables a la prevención de la fecundidad adolescente en la mayoría de las variables intermedias de esta fecundidad y, en particular, en la reducción de la brecha entre adelantamiento de la actividad sexual y déficit de acceso a anticoncepción eficiente y oportuna. Lamentablemente, la información reciente sobre estas variables (y sus desagregaciones socioeconómicas y territoriales) se ha ido reduciendo y fragmentando ante la desaparición en la región de los programas de encuestas especializadas en temas de demografía y salud como las Encuestas de Demografía y Salud [DHS] y otros similares apoyadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID] y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. Por ello, las alternativas disponibles son básicamente: i) el programa de encuestas Multiple Indicator Cluster Surveys [MICS] de UNICEF; ii) encuestas nacionales especializadas que se levantan de manera relativamente regular en algunos países de la región como Bolivia: Encuesta de Demografía y Salud [EDSA], Brasil: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde [PNDS], México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID] y Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familia [ENDES] y de forma irregular o circunstancial en otros países (como la Encuesta de Generaciones y Género [GGG] en Uruguay); y iii) encuestas de juventud/es, como las que se levantan regularmente en países como Chile (ENAJU) y Uruguay (ENAJ) (CEPAL, 2025c).

Usando las fuentes antes mencionadas, es posible construir un cuadro de tendencias comparadas para 5 países de la región que muestra 3 variables intermedias: i) uso de anticoncepción en el primer coito¹⁵; ii) edad de inicio de la nupcialidad (tanto uniones consensuales como matrimonios formales) con el indicador de porcentaje de mujeres de 20 a 24 años iniciadas sexualmente durante la adolescencia (antes de los 15, de los 18 y de los 20); y iii) edad de inicio de las relaciones sexuales penetrativas con el indicador de porcentaje de mujeres de 20 a 24 años unidas durante la adolescencia (antes de los 15, de los 18 y de los 20) (véase el cuadro 1).

Las tendencias son claras: i) aumenta de manera importante el debut sexual protegido, aunque sigue siendo bajo en algunos países como Honduras y Estado Plurinacional de Bolivia, justamente los de mayores niveles de fecundidad adolescente; ii) sigue adelantándose la iniciación sexual en la mayoría de los países, aunque a un ritmo menor que en el pasado y en dos de los cinco países hay una inflexión y la iniciación sexual tiende a postergarse; de cualquier manera, la mayoría de las mujeres se inicia durante la adolescencia y por ello la falta de acceso a anticonceptivos durante la adolescencia implica alto riesgo de un masivo número de embarazos y maternidad adolescente; y iii) la unión en la adolescencia se posterga, pero tímidamente y todavía mantiene niveles elevados sobre todo para los grados más elevados de desarrollo económico y social y de acceso a la educación que hay en la región¹⁶.

¹⁵ Solo limitado a uso de condón en algunos países, y uso de uno o más métodos anticonceptivos en otros países.

¹⁶ Cabe mencionar que la relación con la fecundidad a veces tiene causalidad inversa, es decir el embarazo o nacimiento provoca o incentiva la unión. Por supuesto, el flujo causal desde la unión a la fecundidad existe y por ello la formación de unión en la adolescencia eleva la chance fecundidad adolescente a causa de la mayor intención reproductiva de la actividad sexual en las uniones.

Cuadro 1
América Latina (5 países): mujeres de 20 a 24 años que usaron anticoncepción moderna (ACM)
en la primera relación sexual, que se iniciaron sexualmente antes de los 15, 17 y 20 años,
y que se unieron antes de los 15, 17 y 20 años, 2005/2023
(En porcentajes)

País	Encuesta y año	Usó ACM primer coito ^a	Primer coito antes de la edad			Primera unión antes de la edad ^b		
		Total	15 años	18 años	20 años	15 años	18 años	20 años
Bolivia (Estado Plurinacional de)	DHS 2008	15,3	6,6	40,1	62,5	3,2	21,7	35,8
	EDSA 2016	25,0	8,9	43,2	66,9	3,4	19,7	36,7
Chile	ENAJU 2009	52,0	9,3	47,6	69,3			4,9
	ENAJU 2022	93,5	6,1	38,5	68,2			2,7
Colombia	DHS 2010	51,6	13,8	60,3	82,2	4,9	23,4	39,6
	DHS 2015	56,3	17,0	65,0	86,3	5,6	23,0	37,2
Honduras	DHS 2005-06	8,7	12,3	45,4	64,0	10,8	38,8	54,4
	DHS 2011-12	19,9	10,1	44,1	64,9	7,6	33,6	50,0
	MICS 2019		15,3	52,9	70,9	9,2	34,0	49,5
México	ENADID 2009	33,2	6,2	39,7	64,6			15,8
	ENADID 2023	68,9	4,1	30,7	52,7			11,5

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de DHS-Statcompiler (<https://www.statcompiler.com/en/>), EDSA Bolivia 2016 (cuadro 13.14) y Rodríguez 2024.

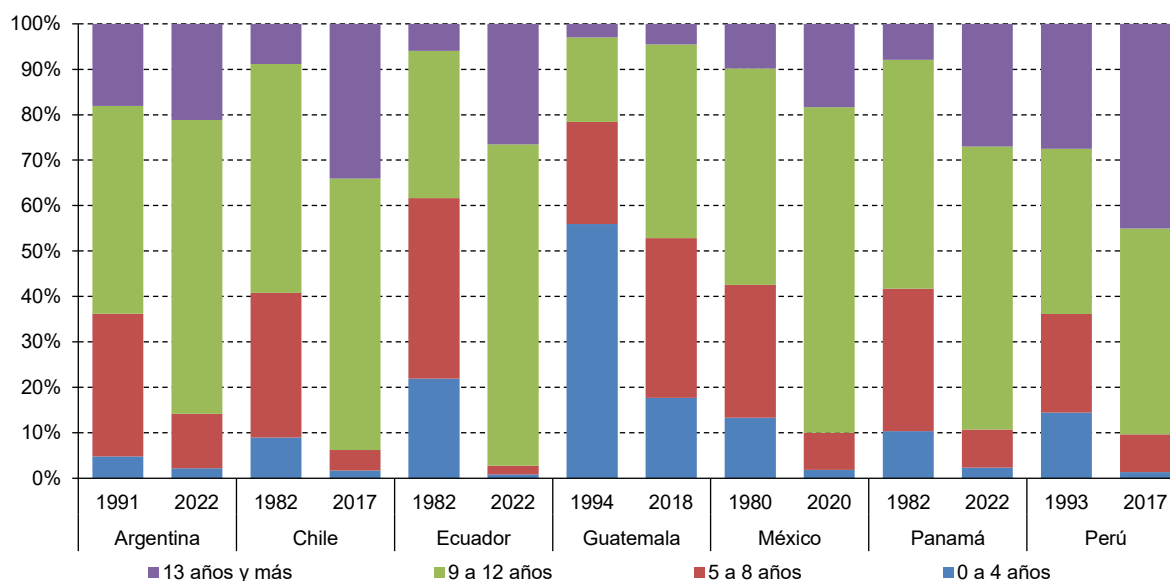
^a Para el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y Honduras, se trata de mujeres de 15 a 24 años que usaron condón; para Chile y México se trata de mujeres de 15 a 19 años que usaron anticoncepción moderna en su primer coito.

^b En el caso de la unión, las cifras de Chile y México corresponden a las unidades del grupo 15-19.

Respecto al cambio social estructural, la variable clave es la educación que, en teoría, es la principal cortapisa de la fecundidad adolescente por dos mecanismos: "...*enrollment effect, or being enrolled and present at school reduces the likelihood of childbearing while the woman or girl remains in school; and aspirational effect or schooling inspires changes in life goals and expectations and postpones childbearing even after she leaves school*" (Garbett et al., pág. 7). En términos más específicos y detallados, las vías por las cuales la educación reduce la fecundidad adolescente son: i) empodera a las adolescentes para toma de decisiones preventivas reflexivas e individuales; ii) ensancha horizontes, amplía oportunidades y diversifica proyectos de vida, en particular alternativos a la maternidad; iii) implica ocupación del tiempo en actividades poco compatibles o directamente incompatibles con la maternidad y la crianza; iv) expande la información preventiva, el autocontrol, la capacidad para diferir la gratificación y para proyectarse a largo plazo; y v) reduce la desigualdad de género.

Pero también se ha hecho notar que la educación puede tener efectos colaterales elevadores de la fecundidad adolescentes por la liberación que genera respecto de tabúes sexuales y el intercambio regular con contrapartes en espacios (como la escuela) de alta concentración de potenciales parejas románticas. También se ha advertido que la educación, al menos ciertos niveles de educación, puede devaluarse y dejar de garantizar más oportunidades y proyectos de vida, generando frustración y promesas incumplidas, lo que puede reducir la capacidad o interés preventivo (Rodríguez et al., 2017). Esto último puede explicar la paradoja latinoamericana de masivo avance educativo entre las adolescentes (CEPAL, 2022), ilustrado por la gran reducción del porcentaje de las mujeres de 19 años que tienen menos de 9 años de escolaridad (véase el gráfico 5), concomitante con la estabilidad o aumento de la fecundidad y la maternidad adolescente en las décadas de 1990 y de 2000 (véanse los gráficos 2 y 3).

Gráfico 5
América Latina (7 países): estructura educativa de las mujeres de 19 años edad, según años de estudio,
censos de la ronda de 1980 o 1990 y censos de la ronda de 2020
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de MATERNILAC (https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?area_id=779&theme=1&lang=es).

La evidencia regional ratifica que la educación se mantiene como un poderoso diferencial/determinante de la fecundidad adolescente. En efecto, el cuadro 2 muestra enormes diferencias del porcentaje de madres entre grupos educativos a la edad 19. Los niveles del grupo de mayor educación (13 años y más de escolaridad) son siempre muy inferiores al resto. Por otra parte, el cuadro 2 también muestra que la maternidad aumentó en casi todos los grupos educativos, salvo en los censos de la década de 2020. Esto último es lo que explica el aumento de la maternidad adolescente en las décadas de 1990 y 2000 en varios países de la región (véanse los gráficos 2 y 3)¹⁷.

Respecto de la tendencia de la desigualdad educativa de la maternidad a la edad 19, el cuadro 2 revela la persistencia de enormes disparidades en el porcentaje de madres a los 19 años según nivel educativo durante un largo período de observación, que cubre las décadas finales del siglo pasado y la actualidad en algunos países. En efecto, la razón del porcentaje de madres entre grupos educativos extremos es de 5 o más, llegando a niveles de 20 en algunos censos.

El cuadro 2 muestra varias otras tendencias relevantes: i) una inflexión de la maternidad por nivel educativo en los censos levantados en la ronda de 2020 por una caída generalizada en casi todos los niveles educativos, siendo el de 5 a 8 años de escolaridad el que tiene más excepciones a esta inflexión; esto es clave porque demuestra que la caída de la maternidad a la edad 19 no ha sido por un efecto exógeno agregado, como el pertinaz aumento del nivel educativo, sino que ha sido una caída efectiva de intensidad de los casi todos los grupos educativos; ii) cambio generalizado del grupo educativo con mayor maternidad a la edad 19, pues de ser el de menor nivel educativo (0 a 4) pasó a ser el de 5 a 8 años

¹⁷ Lo anterior condujo a una hipótesis muy sugerente y dialogante con la noción de devaluación de la acreditación educativa: "...school enrollment's ability to forestall fertility appears as effective today as it was over half a century ago, while schooling's aspirational influence has been dramatically modified under changing context and reorganized social hierarchies" (Garbett et al., 2025, abstract), lo que amerita investigación adicional y más cualitativa y subjetiva. Con todo, tal hipótesis, pierde algo de sustento con la reciente baja de la fecundidad adolescente y el hecho de que se haya producido entre adolescentes de nivel educativo medio y alto.

de escolaridad en casi todos los países. Esto ya había sido detectado en estudios previos y la explicación dada en ellos sigue siendo válida (Rodríguez y San Juan, 2020, págs. 40-41); iii) incluso con la inflexión reciente a la baja, en la mayoría de los países uno o más grupos educativos registran una maternidad a la edad 19 al final del período de observación mayor que la registrada al inicio, lo que sugiere que hay espacio para reducir aún más esta maternidad.

Cuadro 2
América Latina (7 países): porcentaje de madres, mujeres de 19 años, según nivel educativo,
y razón entre grupos educativos extremos^a, 1982-2023
(En porcentajes)

Nivel educativo	Argentina				Chile				Ecuador					
	1991	2002	2010	2022	1982	1992	2002	2017	1982	1991	2001	2010	2022	
0 a 4 años	48,5	44,6	42,2	24,4	43,4	40,9	43,5	19,5	49,0	46,9	48,1	51,7	42,9	
5 a 8 años	41,5	47,2	47,8	37,3	37,6	44,3	57,2	55,4	37,5	39,3	45,8	56,4	63,9	
9 a 12 años	15,6	16,6	24,5	12,1	17,1	23,9	24,1	18,6	15,1	18,3	28,0	30,1	24,1	
13 años y más	3,5	4,6	4,7	3,4	3,9	4,8	6,1	5,5	4,7	4,7	5,4	10,4	3,1	
Razón 0-4/13 y más	14,0	9,8	8,9	7,2	11,1	8,5	7,1	3,5	10,5	10,0	8,8	5,0	13,8	
Nivel educativo	Guatemala				México				Panamá				Perú	
	1994	2002	2018	1990	2000	2010	2020	1990	2000	2010	2023	1993	2007	2017
0 a 4 años	45,9	45,0	44,4	45,1	46,7	47,8	39,6	63,5	64,3	58,5	43,2	41,3	47,4	21,2
5 a 8 años	33,1	34,5	38,8	36,1	41,7	51,9	55,5	49,0	57,3	59,2	58,1	41,6	48,9	59,2
9 a 12 años	12,3	14,1	16,2	15,3	20,4	25,6	22,7	16,1	24,9	25,0	20,3	21,3	25,7	28,1
13 años y más	4,5	4,0	4,0	3,1	2,5	3,7	2,6	8,9	5,0	5,8	3,2	4,5	7,6	7,0
Razón 0-4/13 y más	10,2	11,2	11,1	14,4	18,5	12,8	15,5	7,1	12,9	10,1	13,3	9,1	6,2	3,0

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de MATERNILAC (https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?area_id=779&theme=1&lang=es).

^a Esta razón se calcula como el cociente entre el porcentaje de madres del grupo con menor educación (0 a 4 años de escolaridad) y el grupo con mayor escolaridad (13 años y más). Cabe mencionar que esta razón tiene una debilidad estructural que obliga a usarla con cautela y que se explica más adelante en la sección sobre desigualdad de la fecundidad/maternidad adolescente.

Cualquiera sea el caso, no hay duda de que la educación y el cambio educativo son centrales para la fecundidad adolescente y su tendencia. De hecho, sin el aumento del nivel educativo de las adolescentes, evidenciado por el gráfico 3, el alza de la maternidad adolescente en la década de 1990 habría sido mayor y casi todos los países habrían experimentado un alza también en la década de 2000. Esto se comprueba en el cuadro 3, que presenta los porcentajes de madres del grupo 15-19 observados y tipificados por edad simple y nivel educativo. Este último resulta de la aplicación de las intensidades de la maternidad por edad simple y nivel educativo de todos los censos de cada país a la población del censo inicial de cada país. Naturalmente, la maternidad del censo inicial permanece inalterada, pero la que se obtiene para los otros censos es la que se habría registrado si no se hubiese producido el cambio educativo. En Chile, por ejemplo, el porcentaje de madres del grupo 15-19 observado en 1982 fue de 11,2% y 20 años después en el censo de 2022 había subido a 12,3%, pero habría llegado a 20,4% si la estructura educativa hubiese sido la misma de 1982. Las cifras de los censos más recientes muestran que la maternidad tipificada se redujo respecto del censo anterior en la mayoría de ellos. Esto significa que la baja se dio incluso controlando el cambio etario y educativo entre las adolescentes, porque se origina en una caída de la maternidad en todos o la mayoría de los niveles educativos y edades simples. Por otro lado la maternidad tipificada se mantuvo en dos países y en Ecuador siguió aumentando, lo que indica que en estos países la caída de la maternidad observada se debe totalmente al cambio en la composición por edad simple y educación de las adolescentes.

Cuadro 3
América Latina (7 países): porcentaje de madres adolescentes observado y tipificado
(por edad simple y nivel educativo), 1982-2022
(En porcentajes)

País	Valores	1991	2001	2010	2022
Argentina	Observados	11,9	12,4	13,1	6,3
	Tipificados	11,9	13,6	14,3	8,9
		1982	1992	2002	2017
Chile	Observados	11,2	11,8	12,3	7,3
	Tipificados	11,2	14,7	20,4	13,7
		1982	1992	2001	2010
Ecuador	Observados	14,2	13,5	15,9	17,1
	Tipificados	14,2	15,9	19,1	24,2
			1992	2002	2018
Guatemala	Observados	16,2	15,4	13,1	
	Tipificados	16,2	16,5	16,7	
		1990	2000	2010	2020
México	Observados	10,4	12,1	12,5	10,1
	Tipificados	10,4	13,3	16,1	13,2
		1990	2000	2010	2020
Panamá	Observados	16,0	17,4	15,4	9,0
	Tipificados	16,0	20,3	20,6	14,7
		1993	2007	2017	
Perú	Observados	11,2	11,5	9,9	
	Tipificados	11,2	14,2	14,0	

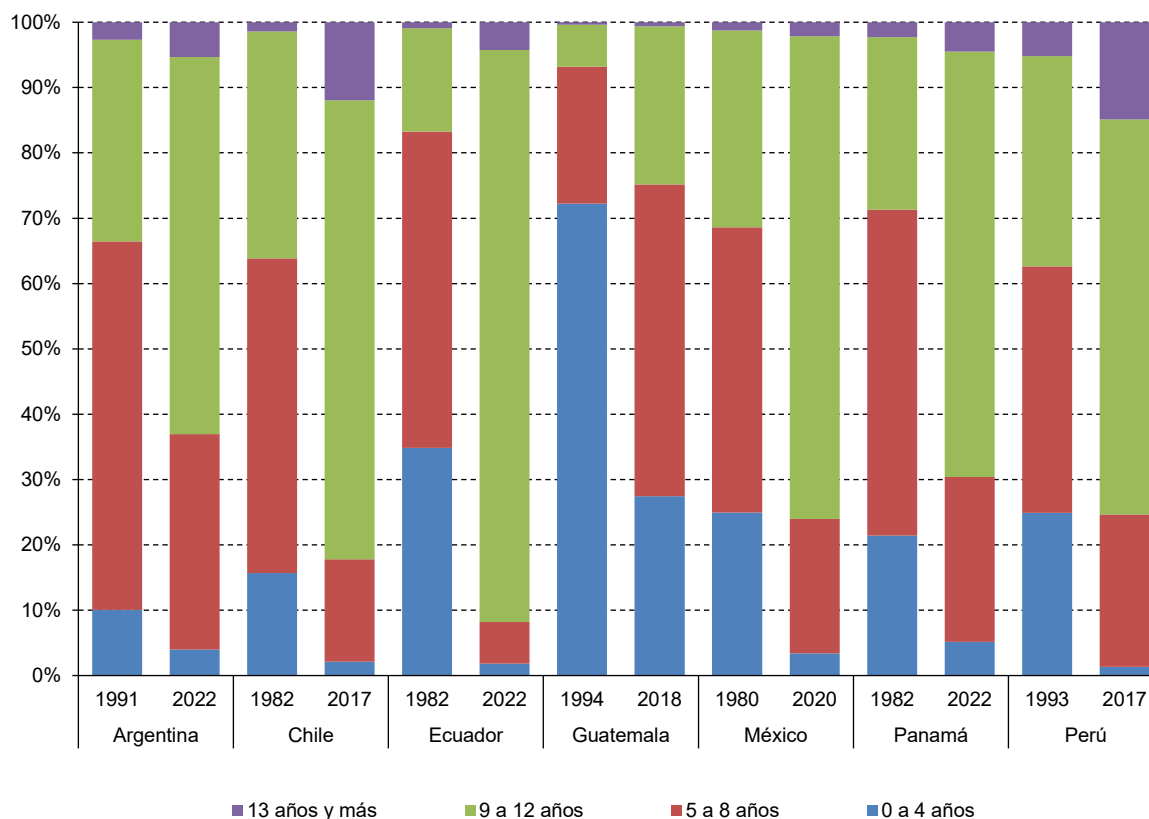
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de MATERNILAC (https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?area_id=779&theme=1&lang=es).

Nota: los valores observados son los que se obtienen directamente de cada censo como cociente entre madres de 15 a 19 años y total de mujeres de 15 a 19 años. Los valores tipificados corresponden a los que habrían sido observados si la estructura por edad simple y grupos de escolaridad del censo inicial hubiese permanecido constante durante todo el período de observación. Un valor tipificado superior al observado revela que el cambio en la estructura por edad simple y nivel educativo durante el período intercensal tuvo un efecto reductor de la maternidad adolescente durante el período de observación. Un valor tipificado inferior al observado revela lo contrario: el cambio en la estructura por edad simple y nivel educativo durante el período intercensal tuvo un efecto elevador de la maternidad adolescente durante el período de observación. Por otra parte, la comparación entre el observado en el censo inicial (en cuyo caso naturalmente coinciden siempre los valores observados y tipificados) con los tipificados en los censos siguientes, revela si el cambio o estabilidad de la maternidad adolescente en el período intercensal realmente se habría producido en caso de permanencia de la estructura por edad simple y nivel educativo del censo inicial.

Un punto adicional derivado del cambio educativo es que también se verifica entre las madres durante el período de observación, las que han aumentado su nivel educativo, aunque con varias diferencias entre países. Desde luego, esto está lejos de la igualdad de perfiles entre madres y no madres, pues estas últimas siguen teniendo un nivel educativo muy inferior a las no madres, lo que se deduce de la comparación entre el gráfico 5 (perfil educativo del total de mujeres de 19 años) y el gráfico 6 (perfil educativo de las madres de 19 años). Por ejemplo, en Chile en 2017 un 34,1% de las mujeres de 19 años tenía 13 o más años de escolaridad, mientras que dicha proporción era solo de un 11,9% entre las madres. En 1982, solo el 1,4% de las madres tenía 13 años o más de escolaridad, lo que implica un gran aumento durante el período de observación. En pocos países se ha dado un aumento tan marcado de la proporción de madres de edad 19 con 13 y más años de escolaridad como en Chile -de hecho, en todos los otros países salvo en Perú, esta proporción no superaba el 5,5% en el censo más reciente-, pero sí ha sido generalizado la disminución del perfil de baja educación (es decir, con menos de 9 años de educación) que caracterizaba a las madres al inicio del período de observación. En efecto, en el censo

más antiguo del período de observación, el nivel educativo bajo (8 años de escolaridad o menos) predominaba ampliamente entre las madres de 19 años, con un rango de 93,2% en Guatemala 1994 a un 62,6% en Perú 1993. En los censos más recientes, solo en Guatemala 2018 este porcentaje supera el 50% (75,2%) y llega a menos del 20% en Chile y Ecuador.

Gráfico 6
América Latina (7 países): madres de 19 años, según años de estudio, censos de la ronda de 1980 o 1990 y censos de la ronda de 2020
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de MATERNILAC. https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?area_id=779ytheme=1ylang=es.

Esta evolución es muy relevante desde el punto de vista de política por dos razones: i) desecha la visión de las madres adolescentes como mujeres no escolarizadas, relevando el papel que puede tener la escuela, en particular mediante la educación integral para la sexualidad, como vector preventivo, más allá de que hasta hace poco sus logros preventivos eran insuficientes, como lo sugiere la evidencia sobre aumento de la maternidad adolescente entre las mujeres con 9 a 12 años de escolaridad hasta los censos de la década de 2010 (véase el cuadro 2); ii) sugiere que es posible aumentar la retención escolar de las madres adolescentes e incluso remover en algunos casos las históricas barreras que han tenido para terminar la educación secundaria e ingresar a la terciaria. Desde luego, para una conclusión más sólida se necesita información más detallada sobre los calendarios de la permanencia en la escuela y la maternidad adolescente, un asunto sobre el cual aún hay debate en la región (Garbett et al., 2025).

C. Desigualdad, con foco en el período 2010-2025

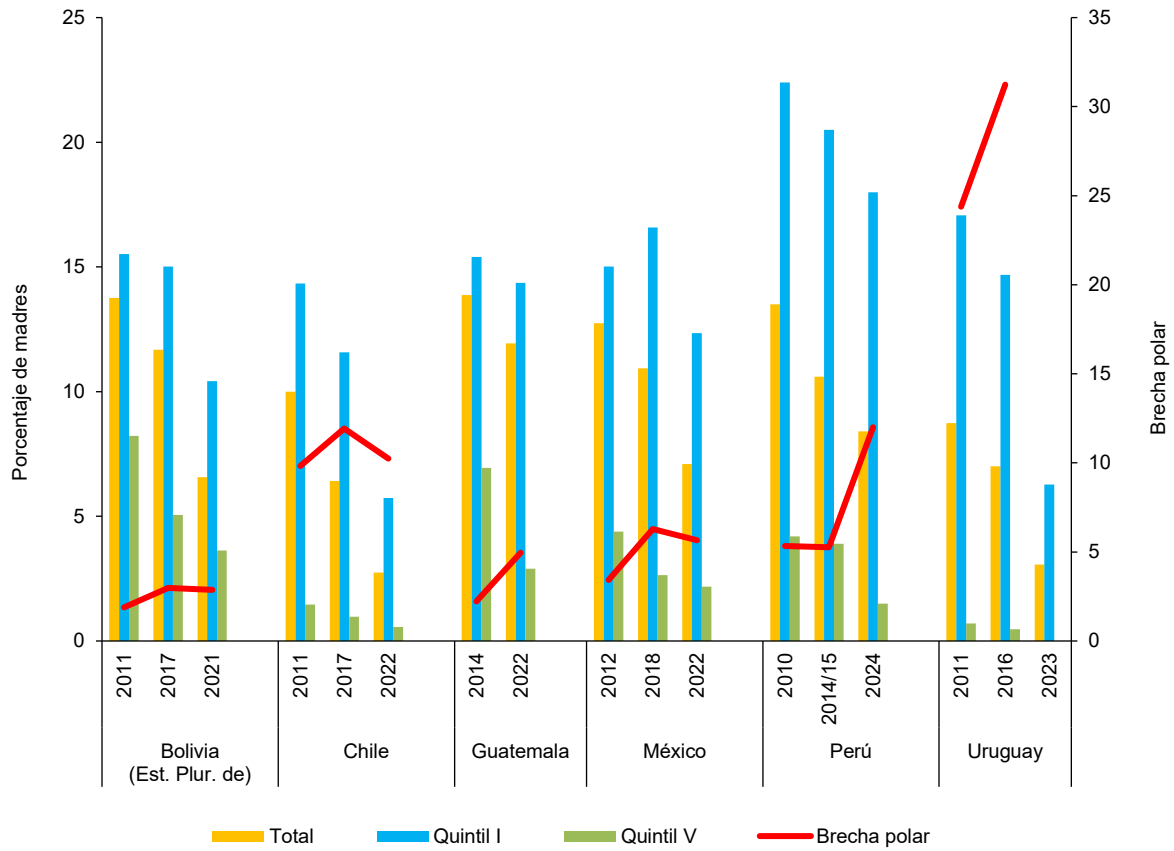
Como ha sido destacado en estudios recientes (Banco Mundial, 2023, 2024a; CEPAL, 2024, 2025b; Garbett et al., 2025; OMS, 2025; UNFPA, 2025), la desigualdad social es un marca profunda y pertinaz de la fecundidad adolescente. Y las cifras recientes sugieren que esta marca permanece. La razón de maternidad adolescente entre grupos educativos extremos expuesta en el cuadro 2 muestra tendencias oscilantes desde fines del siglo pasado, pero en el período intercensal más reciente, coincidente con la significativa baja de la fecundidad y la maternidad adolescentes, no se aprecia una baja concomitante de la desigualdad. De hecho, aumenta en la mayoría de los países y en los que no lo hace se debe a que el grupo de menor educación ha dejado de ser el de mayor maternidad adolescente. De cualquier manera, este indicador tiene problemas estructurales porque hace una comparación entre grupos educativos que cambian su peso demográfico y su perfil social durante el tiempo, afectando los resultados. En el caso de la tendencia expuesta en el cuadro 2 para mujeres de 19 años, el grupo de menor educación (0 a 4 años de escolaridad) ha devenido minoritario en los censos más recientes de casi todos los países y representa ahora una situación mixta (combinación de adolescentes muy desaventajadas y de adolescentes con limitaciones para avanzar en la escuela asociadas a discapacidades graves que a su vez se relacionan con menores probabilidades de maternidad), lo que le quita valor sustantivo a la comparación intertemporal.

En el gráfico 7 se calcula la brecha polar —es decir, la razón de la maternidad adolescente entre el quintil socioeconómico inferior, numerador, y el quintil socioeconómico superior, denominador—, lo que controla el problema de cambio en el peso relativo de los grupos de comparación. En efecto la comparación se hace entre los dos extremos de la distribución de ingresos cada cual representando aproximadamente a un 20% de los casos. La fuente de estos cálculos son encuestas de hogares que permiten establecer quintiles de ingreso de los hogares.

El gráfico 7 confirma la tendencia a una fuerte baja de la maternidad adolescente (15-19 años), y también ratifica la elevada desigualdad polar de esta maternidad, que en Uruguay supera el valor de 30 en 2016 y sin señales de reducción desde esa fecha (es decir, el quintil inferior registra una maternidad adolescente que es 30 veces la del quintil superior).

En materia de tendencias, en primer lugar, se aprecia que, en 5 de los 6 países, la caída de la maternidad ha sido más intensa entre las adolescentes del quintil superior, lo cual implica un aumento de la brecha polar entre 2010 y la fecha más actual. En segundo lugar, en dos de estos países (Chile y México), se registra una caída de la brecha polar en la segunda parte del período de observación. Y, en tercer lugar, en el Estado Plurinacional de Bolivia se advierte una estabilización de esta brecha en dicho período. Estas son tendencias que abren expectativas de reducción simultánea de la intensidad y la desigualdad de la maternidad en la década de 2020 en algunos países.

Gráfico 7
América Latina (6 países): porcentaje de madres en el grupo de edad 15-19, total y quintil de ingreso del hogar^a más pobre (QI), más rico (QV) y brecha polar (QI/QV), 2010-2023



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG). Para Perú: DHS 2010 y ENDES 2014/15 y 2024.
^a En Perú, quintil de bienestar, y el indicador incluye a embarazadas por primera vez. En el caso de Uruguay es imposible calcular la brecha polar en 2023 porque la encuesta no captó madres en el quintil más rico.

III. Los casos de Chile y México: Un examen más detallado de las tendencias de los determinantes y las políticas relevantes para la caída de la maternidad adolescente¹⁸

En esta sección se procuran dos objetivos usando los casos de Chile y México¹⁹. En primer lugar, exponer las tendencias de la maternidad adolescente y de variables intermedias y socioeconómicas teóricamente asociadas a ella, usando encuestas subexplotadas a la fecha para ello y con la hipótesis de una concomitancia entre la maternidad adolescente y algunas de estas variables, en particular el uso de anticonceptivos, y dentro de ellos los implantes subdérmicos, y el nivel socioeconómico. Y, en segundo lugar, evaluar cuatro hipótesis vinculadas con las tendencias de la maternidad adolescentes, de su desigualdad social y de sus determinantes próximos expuestas en la sección previa, mediante modelamiento estándar con regresión logística binomial de la chance de ser madre adolescente. Estas cuatro hipótesis son: i) persisten las asociaciones ya conocidas entre variables intermedias y variables socioeconómica, por un lado, y maternidad adolescente, por otra; ii) la anticoncepción es la variable que mayor impacto tiene sobre la chance de ser madre en la adolescencia; iii) la anticoncepción relevante para la protección es la que ocurre en la primera relación sexual, la que acontece en la última relación sexual puede tener una relación paradójal con la maternidad adolescente, debido a causalidad inversa: adolescentes comenzaron a usar anticoncepción como resultado de la maternidad para prevenir un embarazo subsecuente y, por ello, en el último coito las madres tienen mayor prevalencia de uso de

¹⁸ Este capítulo se basa en Rodríguez, 2024.

¹⁹ Seleccionados por representar dos enfoques de política activa con elementos compartidos, pero también algunas diferencias. Por ello estos dos casos pueden dar luces, tanto sobre la efectividad de las políticas respecto de su propósito central, que es prevenir la maternidad adolescente con un enfoque de derechos, como de formas y ritmos de cumplimiento de este objetivo y otros alineados con él (como reducir la desigualdad social y de género de la fecundidad adolescente y de sus variables intermedias). El examen más detallado de las políticas de ambos países se efectuará en la sección siguiente.

anticoncepción que las no madres; iv) la protección con implante subdérmico desde el inicio de la actividad sexual es muy eficiente y abate casi totalmente los riesgos de maternidad adolescente.

A. Elementos metodológicos

Las fuentes usadas con las encuestas nacionales de juventudes (ENAJU) de Chile²⁰ y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de México²¹. Los indicadores usados son:

- **Maternidad adolescente:** porcentaje de madres, grupos de edad 15-19 y 19-20 (esta última es cercana a la probabilidad de ser madre antes de la edad exacta 20, es decir durante la adolescencia).
- **Variables intermedias:** i) porcentaje mujeres de 15 a 19 años sexualmente iniciadas; ii) porcentaje de iniciadas antes de los 15, 18 y 20 años de la cohorte de mujeres de 20 a 24 años (encuestas); iii) edad de iniciación sexual (para regresión principal); iv) porcentaje mujeres de 15 a 19 años unidas (todas las categorías que implican estar conviviendo o haber convivido con una pareja, categorías que cambian entre encuestas y se homologaron debidamente); v) porcentaje de mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente que usó anticoncepción moderna en su **primera** relación sexual; vi) porcentaje de mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente que usó implante subdérmico en su **primera** relación sexual; vii) porcentaje de mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente que usó anticoncepción moderna en su **última** relación sexual; y viii) porcentaje de mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente que usó implante subdérmico en su **última** relación sexual.
- **Variables socioeconómicas y de control:** i) zona de residencia urbana-rural; ii) estrato socioeconómico (entre tres y cinco categorías de índice de atributos multidimensional, no solo ingreso); iii) nivel educativo máximo alcanzado (básica/primaria o menos, secundaria, terciaria); y iv) edad simple (control).

Estas variables serán descritas en términos de series de tiempos para analizar sus tendencias, para luego modelarse, fundamentalmente en términos transversales mediante regresiones logísticas binomiales.

B. Tendencias de la maternidad adolescente y sus variables próximas y subyacentes

1. Chile

En el cuadro 4 se aprecia, en primer lugar, la fuerte caída de la maternidad adolescente entre 2003 y 2023, período en el que se reduce más de un 80%. Este lapso puede dividirse en dos. Primero entre 2003 (11,2%; con un intervalo de confianza robusto -ICR- 8,5-13,9) y 2012, cuando la tendencia tiene marcadas fluctuaciones, pero en promedio es alcista, al punto que el porcentaje en 2012 es 13% (ICR 10,4-15,9), casi 2 puntos porcentuales superior a 2003. Y una segunda parte entre 2012 y 2023, es

²⁰ Más detalles sobre las mismas, incluyendo fechas, tamaños y diseño muestrales, factores de expansión, cuestionarios y bases de datos en <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>. Debe recalarse que no son encuestas de demografía estándares y, por ello, varias de las técnicas estándares para medir la fecundidad y determinantes próximos (procedimientos indirectos, continuidad de anticoncepción, duración de la unión, experiencia de aborto, etc.) no pueden aplicarse con la información que recolectan.

²¹ Más detalles sobre esta encuesta, incluyendo fechas, tamaños y diseño muestrales, factores de expansión, cuestionarios y bases de datos en <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>.

decir concomitante con el Consenso de Montevideo y su aplicación, en la cual la tendencia es a una baja sistemática y marcada, llegando a un nivel de 2,5% (ICR 1,3- 3,5) en 2022²².

Cuando se usa como indicador el porcentaje de madres del grupo 19-20, la tendencia y la segmentación en dos períodos se mantienen, pero la magnitud del descenso es menor, pues la reducción entre 2003 (ICR 16,8- 29,8) y 2023 (ICR 7,3-16,4) es solo del 50%. De cualquier manera, la caída implica el paso de una probabilidad de ser madre en la adolescencia del orden de 32% en 2012 (cúspide del siglo) a una del orden del 10% en 2023²³. Dado que los resultados pueden estar afectados por el efecto de la pandemia de COVID-19, que como es sabido tendió a deprimir la cantidad de nacimientos en todas las edades desde 2021 (CEPAL, 2024), hay que continuar con el seguimiento de las tendencias de la fecundidad y la maternidad adolescente para verificar la sostenibilidad de esta caída.

Por su parte, la inspección de los diferentes indicadores de las variables intermedias ofrece varios hallazgos relevantes: i) la actividad sexual durante la adolescencia aumenta en el período de referencia (usando el indicador de iniciadas entre 15-19), así como la iniciación sexual durante ella (usando el indicador de iniciadas antes de los 20 en 20-24), por lo cual su efecto neto debería haber sido elevar los indicadores de maternidad adolescente. Como esto no ocurrió, claramente esta variable intermedia no puede ser la causa del descenso de la maternidad adolescente. Desde luego, esto no significa que sea irrelevante o que opere en un sentido contraintuitivo (más actividad sexual en la adolescencia que genera menos maternidad adolescente), como se verá más adelante. Respecto de la nupcialidad, los resultados del cuadro 4 también sugieren que la unión difícilmente es el factor decisivo para la caída sostenida de la maternidad adolescentes desde 2012, pues el porcentaje de unidas del grupo 15 a 19 de 2003 es incluso ligeramente superior al de 2022.

De esta manera, solo la anticoncepción y el aborto quedan como posibles explicaciones²⁴. Y es evidente que, a diferencia de las otras variables intermedias, en el caso de la anticoncepción hay una tendencia sostenida y que lleva al país desde niveles iniciales bajos a niveles actuales mucho más elevados. En 2006, algo más de la mitad de las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente iniciadas declaró haber tenido el primer coito protegido con anticoncepción moderna (51%; ICR 45,7- 56,3) mientras que en 2022 tal situación llegó casi a universalizarse con un 94% (ICR 84,3- 98,2)²⁵.

Junto con esto, las cifras revelan un aumento cuantioso del uso del implante subdérmico en la primera relación sexual. Antes de 2015 no se identificaba esta categoría en la encuesta sencillamente porque casi no existían casos de usuarias en la primera relación sexual, lo que cambiaría posteriormente. En efecto, de una virtual nulidad hasta la encuesta de 2012 se asoma un uso pequeño del orden del 2% (ICR 0,78-4,0) en 2015, que se multiplica por cuatro en solo 3 años llegando a 8,8% (ICR 2,9-12,5) en 2018 y luego aumenta, pero mucho más suavemente, 5 años después, llegando a 9,2% (ICR 6,2-11,9) en 2022.

En el caso de la prevalencia de uso de anticoncepción moderna en la última relación sexual, también se observa una tendencia creciente, aunque no tan sistemática como en el debut sexual. En efecto, hay oscilaciones, por ejemplo, entre 2012 y 2015, así como un cambio de orden en 2022, cuando esta cobertura resulta menor, por primera vez, que la registrada en la iniciación sexual. Respecto del implante subdérmico, el aumento entre 2015 y 2022 es menos marcado y asistemático (con una caída entre 2015 y 2018) llegando a un 10,2% (ICR 7,1-13,6) en 2022.

²² Datos provenientes de encuestas de hogares corroboran esta tendencia a la baja ya que muestran una caída del porcentaje de madres del grupo 15 a 19 desde un 6,4% a 2,7% entre 2017 y 2022 (CEPAL, 2024, cuadro III.4).

²³ Estos resultados y los relativos al grupo 15-19 están alineados con los de la tasa específica de fecundidad presentados en el gráfico 4.

²⁴ Sobre aborto no hay indicadores oficiales pertinentes, en particular de adolescentes, por lo cual no se profundiza en su eventual impacto.

²⁵ Si bien es un tremendo salto, también debe leerse como la probabilidad de embarazarse en su primera relación sexual para un 6% de las adolescentes.

Cuadro 4
Chile: maternidad adolescente, variables próximas y socioeconómicas, 2003-2022
(En porcentajes)

Años encuesta	Madres 15-19	Madres 19-20	Nivel socioeconómico 15-19			Zona de residencia 15-19		Nivel educativo 19-20			
			Alto	Medio	Bajo	Urbano	Rural	Básica o menos	Media	Superior	No sabe No responde
2003	11,2	23,3	19,7	24,8	55,6	87,9	12,1	10,8	49,6	39,6	...
2006	8,5	25,9	26,8	36,4	51,2	86,9	13,1	4,3	54,5	39,8	1,4
2009	10,7	28,1	41,2	21,0	53,8	86,6	13,4	4,4	49,9	45,6	0,2
2012	13,0	32,4	21,4	33,5	56,7	87,2	12,8	6,9	41,1	51,4	0,7
2015	9,3	22,3	17,2	31,5	51,2	87,2	12,8	4,1	57,3	38,6	...
2018	3,9	10,8	6,7	51,1	42,2	87,2	12,8	3,8	54,6	41,2	0,4
2022	2,4	11,8	20,1	36,0	34,1	90,0	10,0	1,5	38,3	60,3	...

	Iniciadas sexualmente 15-19	Primer coito antes de los 20 años cohorte 20-24	Unidas 15-19	Usó anticoncepción moderna en primer coito, 15-19	Usó implante subdérmico en primer coito	Usó anticoncepción moderna en último coito, 15-19	Usó implante subdérmico en último coito
2003	35,9	73,2	2,0	39,5	...
2006	35,2	75,9	4,1	52,0	...	67,9	...
2009	46,8	78,0	4,9	58,2	...	68,7	...
2012	48,9	...	5,6	83,5	...
2015	48,2	74,2	4,1	67,1	1,9	75,9	6,5
2018	40,3	75,6	2,7	80,3	8,8	82,0	5,2
2022	40,5	75,7	2,7	93,5	9,2	90,6	10,2

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de la base de las Encuestas Nacionales de Juventudes.

Nota: Todos los datos corresponden a mujeres de 15-19, salvo que se indique otra cosa.

Por su parte, en materia de variables socioeconómicas en este caso, en el período de referencia también se registró un cambio favorable a la baja de la maternidad adolescente. Esto por el aumento del nivel educativo de las adolescentes. como visto en el capítulo anterior.

2. México

En el cuadro 5 se aprecia, en primer lugar, una marcada caída de la maternidad adolescente entre 2009 y 2023, pero no sistemática, ya que aumentó de 11,7% en 2009 (ICR 10,9-12,4) a 12,2% en 2018 (ICR 11,6-12,9), para caer significativamente a un 7,7% (ICR 7,1-8,3) en 2023²⁶. Si se focaliza en el grupo 19-20, la probabilidad aproximada de ser madre en la adolescencia cayó de cifras del orden del 30% hasta 2018 (ICR 28,3- 31,2) a 20,1% (ICR 18,7- 21,5) en 2023. Se trata de una disminución enorme para un país que estuvo tanto tiempo con altos niveles de fecundidad y maternidad adolescentes²⁷.

Respecto de las variables intermedias, la iniciación sexual en la adolescencia se expandió, aunque ligeramente y con oscilaciones, ya que la probabilidad de haberse iniciado sexualmente antes de los 20 años subió de 85,2% en 2009 a 88,7% en 2023 entre la cohorte de 20 a 24 años al momento de la encuesta (aunque en 2018 llegó a su máximo con algo más del 90%). A su vez, el porcentaje de iniciadas entre el grupo de 15 a 19 años al momento de la encuesta aumentó de 25,1% (ICR 24,2-26,1) a 32,1% (ICR: 31,1-33,1) entre 2009 y 2023. Por otra parte, si bien la iniciación sexual se atrasó ligeramente entre 2018 y 2023, igual en este último año fue más temprana que en 2009²⁸, por lo cual la baja de la maternidad adolescente entre 2009 y 2023 no puede explicarse por la variable intermedia relativa a actividad sexual, aunque sí contribuyó al descenso de 2018 a 2023.

Por su parte, la unión tiene un comportamiento similar a la iniciación sexual, porque aumenta la exposición al riesgo de embarazo entre 2009 y 2018, debido a que crece la proporción de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez unidas, y luego reduce este riesgo por una fuerte caída del indicador entre 2018 y 2023. Ahora bien, a diferencia de la variable intermedia "edad de la iniciación sexual", la caída del porcentaje de unidas entre 2018 y 2023 es tan fuerte que el nivel en este último año es bastante menor que el registrado en la ENADID de 2009, por lo cual esta variable sí podría haber contribuido a la caída de la maternidad adolescente durante el período de observación en México.

Y por el lado del uso de anticonceptivos entre adolescentes, se registró un aumento significativo entre 2009 y 2023. En el caso de la primera relación sexual, casi se duplicó el uso de anticonceptivos modernos, desde un 36,2% (ICR 34,0-38,3) en 2009 a un 68,9% (ICR 67,2-70,7) en 2023. En cambio, la cifra de uso de anticonceptivos en el último coito virtualmente no cambia. Concentrándose ahora en la cobertura del implante subdérmico, a diferencia de Chile, en México todavía parece ser una práctica excluida para el primer coito, ya que su nivel es del orden de 0,1% (ICR 0,01-0,14) en 2023. Sin embargo, es evidente que la tecnología y la práctica de este medio anticonceptivo sí existen en México y que se ha estado extendiendo, pues su uso en la última relación sexual pasó del 2,0% (ICR 1,2-2,9) en 2009 a 11,6% (ICR 10,4-12,9) en 2023.

Respecto de las variables socioeconómicas, en el capítulo previo se mostró una transición favorable a la prevención de la maternidad adolescente por el cambio en la estructura educativa de las adolescentes.

²⁶ Datos provenientes de encuestas de hogares corroboran esta tendencia, ya que muestran una caída del porcentaje de madres del grupo 15 a 19 desde un 11,4% a 7,1% entre 2018 y 2022 (CEPAL, 2024, Cuadro III.4).

²⁷ Esta caída es concomitante con los observados en encuestas de hogares (CEPAL, 2024) y con la tendencia de la fecundidad adolescente según la encuesta ENADID, que registró valores de 70,4 por mil en 2009 (INEGI, 2010), 70,6 por mil en 2018 y 45,2 en 2023 (INEGI, 2023).

²⁸ En la cohorte de 20 a 24 años al momento de la encuesta, un 16,4% se inició antes de los 15 años en 2009 y lo mismo hizo un 20,9% en el 2023. Este aumento de la proporción de iniciadas sexualmente de manera precoz es estadísticamente significativo con un 95% de confianza.

Cuadro 5
México: niveles y tendencias de las variables intermedias, 2009-2023
(En porcentajes)

Años encuesta	Madres 15-19	Madres 19-20	Iniciadas sexualmente 15-19	Primer coito antes de los 20 años, cohorte 20-24	Unidas 15-19	Usó AC moderna en su primer coito, 15-19	Usó implante subdérmico en su primer coito, 15-19	Usó AC moderna en su último coito, 15-19	Usó implante subdérmico en su último coito, 15-19	Usó AC moderna en su último coito (Sin NA), 15-19	Usó implante subdérmico en su último coito (Sin NA), 15-19
2009	11,7	27,9	25,1	64,6	15,8	36,2	NA	34,9	2,0	52,3	3,0
2018	12,2	29,7	30,0	66,9	16,4	58,8	0,1	35,6	9,3	46,4	12,1
2023	7,7	20,1	32,1	52,7	11,5	68,9	0,1	35,5	11,6	45,0	14,8

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de la base de microdatos de la ENADID.

C. Determinantes de la maternidad adolescente

1. Chile

En el cuadro 6 se presentan los coeficientes razones de momios (*odds ratios*) de la regresión logística binomial sobre la chance de haber sido madre, con un control (edad simple, dos variables socioeconómicas estándares), con dos variables socioeconómicas condicionantes (zona de residencia urbana-rural, siendo urbana la categoría de referencia, y grupo socioeconómico en tres categorías: bajo, medio y alto, siendo alto la de referencia), y con tres variables intermedias: i) condición de unión en dos categorías soltera y no unidas, siendo soltera la de referencia; ii) edad de iniciación sexual (continua), y iii) uso de anticonceptivos en la primera relación sexual con tres categorías: no usó o usó tradicional, usó moderno excluyendo implantes subdérmicos, y usó implante subdérmico, siendo no usó o usó tradicional la de referencia. Naturalmente, el modelo incluye solo a las adolescentes que se han iniciado sexualmente, las únicas expuestas al riesgo de ser madres adolescentes.

Como cabía esperar y es bien sabido, la probabilidad de ser madre en la adolescencia aumenta con la edad, tanto por mayor tiempo de exposición al riesgo como por la autonomía progresiva de las personas asociada a la edad, y el grado de control institucional (familiar, legal, cultural) variable según la edad de las conductas relativas a la actividad sexual, la unión y la fecundidad. El aporte específico de la presente investigación es ratificar que se trata de coeficientes estadísticamente significativos con una confianza de 95%, que esta relación se mantiene durante todo el período de referencia, y, que, en promedio, cada año adicional entre los 15 y los 19 años tiende a duplicar la chance de ser madre en la adolescencia.

Respecto de la zona urbana o rural, casi todos los coeficientes obtenidos oscilan en torno a 1 y son estadísticamente no significativos. La excepción es el año 2022 que llega a 2,87 (ICR 1,1-3,2) y es estadísticamente significativo con un 95% de confianza, sugiriendo que, incluso controlando todas las otras variables en la ecuación, las adolescentes rurales casi triplican la chance de haber sido madre de las adolescentes urbanas. De cualquier manera, se trata de un valor excepcional durante el período de referencia y por ello puede ser circunstancial.

En el caso de la variable socioeconómica, en cambio, hay un patrón muy claro y coeficientes diferentes de 1 y estadísticamente significativos, es decir hay una asociación con la maternidad adolescente. Y esta asociación es la esperada: a menor nivel socioeconómico mayor chance de ser madre adolescente, aunque los coeficientes son significativos solo para la categoría bajo, que, en general, duplica o más la chance de las adolescentes de nivel socioeconómico alto. Cabe reiterar que la persistencia de esta asociación se da incluso controlando todas las variables intermedias, lo que revela un peso específico de esta variable.

Respecto de las variables intermedias, casi todos los coeficientes son significativos y muestran las asociaciones esperadas. La unión eleva significativamente la chance de ser madre adolescente, pues en el caso de las unidas es entre 6 y 18 veces que en el caso de las no unidas, dependiendo del año, salvo en 2022 cuando pierde significación estadística (y solo duplica la chance de las no unidas). Con la edad de iniciación sexual ocurre algo parecido, pero aquí el efecto es reductor porque cada año de postergación de la iniciación reduce, en promedio, en torno a un 45% las chances de haber sido madre, salvo en 2022 cuando solo la reduce en un 10% (ICR 7,1-11.6), pero sin significación estadística. Y con el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, la utilización de método moderno reduce hasta más de un 90% (ICR 76,3-97,3) la chance respecto de quienes no usaron. Y hacerlo con implante la reduce incluso más; de hecho, en 2022 las chances de ser madre adolescente habiendo usado anticoncepción moderna o implante subdérmico el primer coito eran solo un 8% y un 6% de las chances de quienes no usaron (o usaron método tradicional), respectivamente.

Cuadro 6
Chile: coeficientes (*odds ratios*) de una regresión logística sobre la chance de haber sido madre,
2006, 2009, 2015, 2018 y 2022

Variabes	2006	2009	2015	2018	2022
(Intercept)	0,012	0,001	0,011	5,780	0,000
Edad	1,898	2,352	1,515	1,297	1,889
Zona rural	0,936	1,008	0,754	0,872	2,870
GSE Medio	2,521	1,222	2,221		20,358
GSE Bajo	3,120	1,654	2,462	2,439	29,694
Usó AC Moderno primer coito	0,266	0,486	0,628	0,357	0,081
Usó ISD en primer coito			0,364	0,071	0,058
Ha estado unida alguna vez	14,029	14,666	6,067	18,466	1,925
Edad al primer coito	0,571	0,527	0,727	0,586	0,912

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de la base de datos de Encuestas Nacionales de Juventudes.

Nota: En negrita coeficientes estadísticamente significativos con *pvalue* < 0,05.

Se corrieron cinco modelos alternativos derivados del principal recién expuesto para profundizar en los hallazgos y su robustez²⁹.

El primero de estos modelos alternativos trocó las variables socioeconómicas reemplazando el nivel socioeconómico por el nivel educativo. La relación y significación se mantuvo, de hecho, se acentuó y generalizó porque tanto el nivel educativo bajo como el medio, tienen chances más elevadas (y estadísticamente significativas) de maternidad adolescente que el nivel alto. En el caso de 2022 también se registra un salto en las chances, pero que es mucho más atenuado en el caso del nivel educativo medio (en comparación con el salto de grupo socioeconómico medio que se aprecia en el cuadro 6).

Los dos siguientes modelos cambian la variable intermedia anticoncepción utilizando el uso en la última relación sexual y usan alternativamente el nivel socioeconómico y el nivel educativo como variable distal. Como anticipado al inicio de este capítulo, la protección asociada con este uso es errática combinando asociaciones no significativas con otras significativas y en algunos casos, por ejemplo, con el implante subdérmico, con coeficientes superiores a 1 estadísticamente significativos en 2015 y 2018 para pasar a uno significativamente inferior a 1 en 2022. Además de confirmar la compleja relación empírica que tiene el uso en la última relación sexual con la maternidad en encuestas retrospectivas por causalidad inversa (Rodríguez, 2024; Rodríguez et al, 2017; Rodríguez y Pozo, 2020), el cambio experimentado por este coeficiente entre 2015 y 2018, por un lado, y 2022 por otro, resulta sugerente de un contrapunto entre ambos momentos con una transición de este método para adolescentes sin hijos en 2022, idea que se retomará en la discusión.

Finalmente, en los otros dos modelos alternativos se cambia la variable anticonceptiva nuevamente: se suprime la distinción entre método moderno e implante subdérmico y solo se comparan "usó método moderno" con "no usó anticoncepción o usó método tradicional", con lo cual se crean cuatro categorías según calendario de "usó": i) en el primer y último coito; ii) en el primer coito, pero no en el último; iii) en el último coito pero no en el primero; iv) ni en el primer ni en el último coito (categoría de referencia). Son dos modelos porque uno usa como variable distal el nivel socioeconómico y el otro el nivel educativo. Los resultados muestran que las categorías i) y ii) tienen menores chances de maternidad adolescentes que la categoría iv) mientras que la categoría iii) tiene mayores chances, lo que puede deberse a normativas o prácticas sanitarias como se retomará en la sección final de discusión y conclusiones.

²⁹ Estos modelos no se exponen en este documento, pero están disponibles a solicitud, al igual que sus respectivos programas en R, incluyendo el del modelo principal, que sí se expone y analiza con detalle en el texto.

2. México

En el cuadro 7 se presentan los coeficientes del mismo modelo aplicado a Chile, aunque en este caso solo para dos observaciones, por ser las únicas encuestas que incluyen la variable clave de uso de anticoncepción en la primera relación sexual.

En general, los resultados tienden a coincidir con los obtenidos para Chile. En líneas gruesas: i) la probabilidad de ser madre en la adolescencia aumenta con la edad, pues cada año de edad adicional entre los 15 y los 19 eleva entre un 90% (ICR 1,55- 2,45) (2018) y un 60% (ICR 1,3-2,0) (2023) las chances de ser madre adolescente; ii) la residencia rural no modifica las chances de ser madre adolescente (respecto de la urbana); iii) a menor nivel socioeconómico mayor chance de ser madre adolescente, aunque los coeficientes son significativos solo para la categoría bajo, que duplica o más la chance de las adolescentes de nivel socioeconómico alto; iv) la unión eleva significativamente la chance de ser madre adolescente, ya que las adolescentes alguna vez unidas tienen chances de haber sido madre adolescente que son 9 (ICR 5,8-13,5) veces en 2018 y 13,5 (ICR 7,1-25,7) veces en 2023 la chance de las solteras; v) la postergación de la iniciación sexual reduce la chance de ser madre adolescente (cada año de aplazamiento de la iniciación reduce un 50% (ICR 0,41-0,62) la chance de ser madre en 2018 y un 40% (ICR 0,5- 0,71) en 2023); y vi) la utilización de método moderno en el primer coito reduce hasta más de un 60% la chance respecto de quienes no usaron y hacerlo con implante la reduce incluso más: un 70% en 2018 y un 83% en 2023, pero en ambos casos sin significación estadística seguramente por el escaso número de casos de usuarias.

Al igual que en el caso de Chile, cinco modelos similares a este se corrieron para profundizar en los hallazgos y su robustez³⁰. Nuevamente los resultados de estos otros modelos se acercan a lo ya descrito para Chile. Pero en México el examen de los modelos con uso de implante subdérmico en la última relación sexual tiene valor agregado por incorporar una observación adicional (encuesta de 2009 que incluye este uso en el último coito, pero no en el primero) y por la pertinaz distancia entre el uso de implante en el primer y en el último coito que es sugerente, como se analizará con más detalle en el acápite E del capítulo siguiente sobre políticas, de uso del implante centrado en la prevención del embarazo subsecuente y no de la maternidad. Y los dos modelos que incluyen el uso de anticoncepción en el último coito son elocuentes al respecto ya que el uso de implante subdérmico en el último coito se asocia con chances que son 10,3 veces en 2009, 21,6 veces en 2018 y 15,5 veces en 2023 las de las adolescentes que no usaron anticoncepción o usaron método tradicional en su último coito.

Cuadro 7
México: coeficientes (*odds ratios*) de una regresión logística sobre la chance de haber sido madre, 2009, 2018 y 2023

Variable	2018	2023
(Intercept)	0,050	0,041
Edad	1,953	1,619
Zona rural	1,002	0,978
GSE Medio	1,964	2,839
GSE Bajo	1,407	2,251
Usó AC Moderno primer coito	0,541	0,382
Usó ISD en primer coito	0,293	0,172
Ha estado unida alguna vez	8,912	13,489
Edad al primer coito	0,506	0,594

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de la base de microdatos de la ENADID.
En negrita coeficientes estadísticamente significativos con *pvalue* < 0,05.

³⁰ No expuestos en este documento, pero disponibles a solicitud.

IV. Políticas

A. ¿Cómo entender el embarazo y la fecundidad en la adolescencia en clave de políticas públicas?³¹

Existen diferentes enfoques para entender el embarazo y la fecundidad adolescentes (Banco Mundial, 2024, 2004b; Breinbauer y Maddaleno, 2005; Cherry y Dillon 2014; Fernández-Theoduloz et al, 2019; Gayet y Juárez, 2025; Kirby, 2001; Krauskopf, 1999; Robledo, 2019; Rodríguez et al, 2017; Sosa, Menkes y Velázquez, 2023; UNFPA, 2024), comprensión que es condición imprescindible para implementar políticas efectivas y que, además, define las políticas que se consideran efectivas, en diálogo con la evidencia. Estos enfoques se diferencian por matices en algunos casos y por abiertas diferencias, en otros. Pero la mayoría tiende a coincidir en que el fundamento de las políticas es la/el adolescente y su bienestar, junto con su decisión informada y el ejercicio de sus derechos. Entre estos enfoques destacan los siguientes:

- *desarrollo, cambios y madurez biopsicosociales*. Durante la adolescencia se termina de configurar la personalidad, lo que genera cambios psicosociales significativos que suelen conllevar inseguridad, fluctuaciones anímicas, conductas de experimentación y modificaciones de cosmovisión y conducta. Como todo esto ocurre en un marco de autonomía progresiva y de escasos precedentes y vivencias acumuladas, sus decisiones y conductas pueden resultar extravagantes o difíciles de entender desde una perspectiva adulta. Lo anterior se refuerza por la necesidad de tomar distancia del mundo adulto y familiar y, de hecho, suelen emerger conductas y visiones cuestionadoras del orden establecido, tanto social, como institucional o familiar, desarrollando en algunos casos un opositorismo desafiante. También es clave el cambio corporal, de fuerzas, del desarrollo de la sexualidad, cómo lo viven y cómo la pueden manejar. La sexualidad es una fuerza poderosa y este grupo recién la comienza a sentir plenamente, lo que hace que esté particularmente expuesto a ciertas conductas que en otras edades son, en general, más

³¹ Esta sección y la que sigue tienen como insumo clave a Rodríguez, 2025.

controlables o, al menos, se tiene más experiencia para manejarla (Baumle y Tuthill, 2025). Para algunas líneas de pensamiento y acción dentro de este enfoque, todo lo anterior genera inmadurez, impulsos incontrolables y limitaciones para decisiones racionales todo lo cual conduce a conductas de riesgo o falta de autocontrol que hay que prevenir, normalmente con políticas de control y prohibiciones. Para otras líneas de pensamiento y acción, la impulsividad tiene determinantes sociales, varía entre adolescentes y además puede ser mitigada. Lo anterior requiere de un reconocimiento de las especificidades de la adolescencia y los y las adolescente y un acompañamiento que les permita ir gradualmente desarrollándose sobre la base de sus propias decisiones informadas y libres. Desde luego esto no significa ausencia de límites, directrices, indicaciones e incentivos tendientes a promover decisiones informadas, reflexivas y preventivas. Por el contrario, estas son fundamentales, pero por la misma transición que experimentan los y las adolescentes las acciones impositivas y autoritarias suelen ser ineficaces o peor aun contraproducentes;

- *desigualdad social estructural*. Los y las adolescentes de sectores populares y excluidos tienen pocos incentivos para prevenir el embarazo adolescente porque hay pocos proyectos de vida alternativos a su alcance. Incluso si la exclusión educativa disminuye y aumenta la escolaridad de este grupo, aquello no eleva sustancialmente sus bajas probabilidades de movilidad y tampoco amplía su acotado espectro de alternativas sea laborales o de pasatiempos o de moratoria o cualquier otra actividad que pudiera ser contradictoria con las responsabilidades de la crianza. Este enfoque suele ser escéptico del impacto de políticas preventivas y en contrapartida plantea un cambio social y una inclusión efectiva de las y los adolescentes de sectores populares como la estratégica para reducir la fecundidad adolescente. Aunque este enfoque hace sentido y plantea una condicionante estructural que históricamente ha sido clave para entender la desigualdad reproductiva general y adolescente, su principal planteamiento olvida que la misma hipótesis se levantó en las décadas de 1960 y 1970 para descalificar las políticas de planificación familiar. La evidencia disponible es concluyente respecto del efecto reductor de la fecundidad que finalmente tuvieron estas políticas en tanto instrumentos, no causa, para enfrentar una demanda insatisfecha de regulación de la fecundidad por altos niveles de fecundidad no deseada, justamente lo mismo que desde hace varios años evidencian las encuestas especializadas (Rodríguez, 2017);
- *impertinencia y exclusión institucional*. En términos institucionales genéricos, muchas leyes, normas, reglamentos, protocolos y hasta programas sectoriales se aplican a los y las adolescentes como si fueran niños y en otros casos como si fueran adultos, desconociendo su condición transicional y sus especificidades. Los y las adolescentes quedan en una posición indefinida y ambigua. Las familias tampoco saben muy bien cómo manejarlos, cómo tratarlos. Evidentemente ya no son niños, pero tampoco son adultos con toda la autonomía del caso. Entonces se presentan situaciones que son muy propias del grupo en su conjunto y que inciden en su comportamiento. La internalización de las normas ya no es de transmisión automática, sino que depende de la afinidad con las mismas y depende crecientemente de otros actores, como sus grupos de pares, y liderazgos y referencias, con frecuencia distantes de las autoridades que se imponían sin contrapeso durante la infancia. Esta impertinencia institucional puede llegar a transformarse en exclusión. De hecho, durante muchas décadas los y las adolescentes enfrentaron barreras, exclusiones y ambigüedades en el sector crucial de la salud. En términos biopsicosociales no son niños y niñas y, por lo tanto, los/as equipos de salud pediátrica suelen carecer de las herramientas y los protocolos de trato del paciente necesarios para una atención efectiva y satisfactoria. Por otro lado, los y las adolescentes aún no son adultos en términos biopsicosociales y, por ende, no son una población que sea naturalmente sujeto de cuidado o atención de los equipos de

medicina interna. Por ello, típicamente faltan equipos, espacios y protocolos de atención de salud especiales para este grupo. Las directrices de política que surgen de este enfoque son, básicamente, garantizar la conceptualización, trato y atención especializada de los y las adolescentes. Para esto, es clave escuchar y considerar sus relatos, necesidades y expectativas en el diseño, aplicación y evaluación de las medidas tendientes a esta garantía; es decir se debe incluir la participación efectiva de los y las adolescentes en los espacios de discusión, implementación y seguimiento de las políticas. Y también cabe conformar un nuevo tramado institucional y operativo, que permita este trato y atención diferenciada, especializada y pertinente en la práctica;

- *normas y prácticas culturales e institucionales.* Toda cultura define un proceso progresivo de desarrollo, que incluye las responsabilidades de la sociedad, sus capacidades, y derechos. ¿Qué conductas permite o avala la sociedad para las distintas edades? En materia reproductiva, en algunos países o en algunos contextos culturales, por ejemplo, está completamente limitada, restringida y fuertemente castigada toda actividad sexual en adolescentes, salvo que se desarrolle en un marco de unión debidamente reconocida. Entonces, en esos casos, hay una pauta cultural muy importante y que tiene un impacto sobre la unión, y por esa vía, sobre el comportamiento sexual, sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia. Si en esas culturas también hay una pauta de unión temprana, entonces se combinan fuerzas para una alta fecundidad adolescente. En cambio, si la cultura promueve una unión tardía, se combinan fuerzas para una baja fecundidad adolescente. Por otro lado, hay culturas que controlan menos el comportamiento de los y las adolescentes y que dejan más espacio para la autonomía individual en materia sexual e incluso reproductiva. En este último caso suele haber más chances de actividad sexual no marital durante la adolescencia, lo que *ceteris paribus*, abona a la fecundidad adolescente y en particular a la fecundidad adolescente no deseada, porque dicha actividad sexual normalmente no tiene intenciones reproductivas. Entonces, el impacto final de este contexto cultural sobre la fecundidad adolescente depende de las disposiciones culturales e institucionales sobre el uso de anticoncepción. Toda vez que la cultura y las instituciones sean adversas a este uso, la fecundidad adolescente será alta o creciente, como aconteció por la denominada modernidad sexual truncada en la región. En cambio, si la cultura y las instituciones no obstaculizan este uso, o más aún si lo promueven (y sobre todo si lo hacen desde el debut sexual) entonces la fecundidad adolescente puede ser baja o decreciente, como acontece en la mayoría de los países occidentales desarrollados. Este enfoque conduce naturalmente a propuesta de políticas con pertinencia cultural y debidamente ajustadas a las combinaciones de disposiciones culturales de las cuatro variables intermedias clave de la fecundidad adolescente: actividad sexual, unión y uso de anticoncepción, y aborto. La prevención debe remover las barreras culturales e institucionales que limitan el acceso a la anticoncepción entre adolescentes que requieren este acceso, y, al mismo tiempo, debe fomentar o aprovechar aquellas que tienen efecto preventivo en materia sexual y nupcial. Dicho lo anterior, cambiar los patrones culturales es complejo y toma tiempo, por lo cual tales directrices de política pueden tener efectos tardíos. Tan importante como lo anterior es que el arcoíris cultural es amplio y variable con el tiempo, y, además, normalmente no es monolítico ni único. Y para las y los adolescentes operan subculturas, contraculturas y culturas alternativas que pueden ser diferentes de la oficial o hegemónica. Incluso más, para los y las adolescentes, los pares y grupos de pares tienen una influencia importante, y estos grupos pueden promover contraculturas que deben ser tenidas en cuenta por las políticas. En la misma línea, las pautas culturales pueden diferir según territorios, estratos socioeconómicos y género. Justamente esto último genera el enfoque siguiente para entender el embarazo y la fecundidad adolescente;

- *desigualdad de género y violencia y abuso sexual*: como corolario de los tres enfoques previos, la desigualdad de género con sus cuatro nudos identificados por CEPAL (CEPAL, 2025b) incide directamente en las variables intermedias y, desde luego, en las implicaciones directas del parto y las responsabilidades de la crianza. En su expresión más extrema está la naturalización de la dominación masculina violenta que conlleva al abuso sexual, que está en la base de la maternidad precoz (antes de los 15 años). En su expresión más estructural y tradicional está la división sexual del trabajo, de las responsabilidades y del poder, que presiona a las adolescentes a seguir modelos culturales tradicionales que valoran la unión y la dedicación a la crianza, al cuidado y al ámbito doméstico tempranas. En su modalidad más cultural, asociada a la noción de modernidad sexual truncada (Rodríguez et al, 2017), está el doble estándar respecto de la sexualidad según género y que es adverso para las mujeres a las cuales se les asigna toda la responsabilidad anticonceptiva y, al mismo tiempo y paradójicamente, se estigmatiza a las mujeres que usan anticoncepción, en particular si no están unidas. Y finalmente, están las escalas más microfísicas, por ejemplo, cuando la voluntad y decisión de las mujeres en materia reproductiva (en particular anticonceptiva) es doblegada por su pareja masculina y se coarta su acceso a anticoncepción.

B. El abanico de opciones de política, sus combinaciones y sus límites

Los enfoques descritos en el acápite previo, junto con el marco de referencia ecológico multinivel descrito en el capítulo I, sugieren un amplio abanico de opciones de política sectorial (salud, educación, justicia) y multisectorial (población, juventud, género) con potencial impacto, todas las cuales han de incidir, en última instancia, sobre la deseabilidad y sobre las determinantes próximas de la fecundidad adolescente, sea de manera integral y articulada o sea de manera parcial y focalizada.

Dado que la deseabilidad es una variable más compleja de estimar, que influenciarla puede resultar de políticas explícitas e implícitas, que cambiarla puede tomar tiempo y, sobre todo, que está estimado que ya hay una proporción mayoritaria de las adolescentes que son madres que lo fueron sin desearlo, es natural concentrar la acción en las variables intermedias para cuanto antes reducir los niveles de fecundidad adolescente no deseada.

Desde luego, actuar simultáneamente y de forma alineada sobre las cuatro variables intermedias puede tener efectos más profundos y duraderos, pero por razones de evidencia acumulada, de sensibilidad y temporalidad de respuesta ante políticas, efectividad de las intervenciones y también consideraciones políticas, ideológicas, valóricas y de compromisos internacionales, suele priorizarse algunas de estas. De hecho, en la región tanto la Agenda 2030, como el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (en sus medidas prioritarias 11 a 15 y 40 y 42) priorizan las decisiones responsables e informadas, la postergación de la unión y el acceso oportuno y efectivo a salud sexual y reproductiva, incluida anticoncepción oportuna, eficiente y pertinente, y aborto seguro, esto último bajo las condiciones establecidas en cada país.

Para lo anterior, se usan diversas estrategias directamente dirigidas a incidir en las variables intermedias. Entre ellas están las:

- legales, normativas e institucionales: cambios en edades legales del matrimonio, prohibición de uniones forzadas, reducción de edad para acceder a anticoncepción de manera autónoma, remoción de barreras legales e institucionales para acceder a la anticoncepción, garantía de la confidencialidad, despenalización del aborto, tipificaciones más estrictas y penalización adicional del abuso sexual, etc.;

- de salud: implementación de espacios amigables para la atención de adolescentes, en particular de salud sexual y reproductiva de adolescentes, ampliación de oferta anticonceptiva; capacitación de equipo sanitarios especializados en adolescentes; inclusión de la consejería para promover comportamientos preventivos; programas de atención preventiva inmediata post parto de embarazos de subsecuente, etc; programas de desarrollo de comportamientos seguros, entre ellos la evitación de iniciaciones sexuales tempranas, aunque la experiencia con estrategias basadas en la abstinencia es decepcionante;
- educación: educación integral para la sexualidad, jornadas de discusión, sesiones de consejería, formación para la vida, liderazgos preventivos, fomento de la autoconfianza, uso de tiempo libre;
- multisectoriales: uso de tiempo libre, fomento de proyectos de vida, igualdad de género;
- incentivos económicos: transferencias condicionadas y otro tipo de beneficios asociados a comportamientos preventivos;
- comunicacionales: mensajes preventivos a través de campañas de comunicación, líneas de información, redes sociales y medios de comunicación;
- trabajo con otros significativos: se fomenta la prevención entre la comunidad, los padres y familias en general, los pares, y los referentes. En el caso de las familias, importa su capacidad de control o supervisión del/la adolescente, pero tanto o más su capacidad para darle herramientas funcionales a la toma de decisiones preventivas, entre ellas las relativas acceso a la anticoncepción;
- empoderamiento de adolescentes, en particular de mujeres: preparan para tomar decisiones con argumentos, de modo que nadie les imponga algún tipo de conducta en materia sexual o en materia reproductiva, así como para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos;
- participación y escucha de adolescentes: consultivos, encuestas, congresos, eventos de redes de adolescentes, etc.

C. Evidencia y recomendaciones internacionales

Hay evidencia científica sobre políticas que funcionan para reducir la fecundidad adolescente (Banco Mundial, 2023, 2024a; CEPAL, 2025a; Cherry y Dillon, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2025; UNFPA, 2025). En el recuadro 1 se sintetiza un reciente esfuerzo hecho por la OMS para identificar estas políticas y la evidencia científica de apoyo, típicamente basada en evaluaciones de impacto de diferente tipo y complejidad, y derivar sugerencias de acción estándares para la prevención del embarazo adolescente.

Recuadro 1
Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención del embarazo adolescente, con foco en anticoncepción

La OMS plantea que las políticas deben reflejar las realidades a las que se enfrentan los y las adolescentes hoy en día, reconociendo la diversidad de situaciones que viven y que varían entre países y dentro de los países. Pero incluso teniendo en cuenta esta diversidad la acción tiene pilares comunes: i) la autonomía corporal; ii) toma de decisiones informadas; y iii) el acceso a servicios que respalden sus derechos. Y también de manera general el foco de las recomendaciones está en: i) prevenir el matrimonio infantil y responder a las necesidades y derechos de las niñas casadas; y ii) aumentar el acceso, la aceptación y el uso continuado de métodos anticonceptivos entre los adolescentes. Respecto de esto último, las recomendaciones son:

- Implementar intervenciones de cambio de comportamiento transformadoras en materia de género con los adolescentes para reforzar su capacidad de tomar decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- Dar acceso a anticonceptivos inyectables autoadministrados.
- Ofrecer las píldoras anticonceptivas orales (PAO) de venta libre sin receta médica para quienes las utilizan.
- Ofrecer las píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre sin receta médica para las personas que deseen utilizar anticonceptivos de emergencia.
- Usar siempre y correctamente preservativos masculinos y femeninos es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual de infecciones y otras enfermedades, así como para prevenir embarazos no deseados.
- Proporcionar un suministro de píldoras para un máximo de un año, dependiendo de las preferencias de la mujer y del uso previsto. Los programas deben equilibrar la conveniencia de dar a las mujeres el máximo acceso a las píldoras con las preocupaciones relativas al suministro y la logística de los anticonceptivos. El sistema de reabastecimiento debe ser flexible, de modo que la mujer pueda obtener las píldoras fácilmente en la cantidad y en el momento en que las necesite.
- Reducir las barreras financieras relacionadas con el acceso, la aceptación y el uso continuado de anticonceptivos entre los adolescentes.
- Implementar intervenciones de salud digitales precisas y seguras para los adolescentes como parte de los programas de salud sexual y reproductiva (SSR).
- Movilizar a líderes políticos, gubernamentales, religiosos, tradicionales y otros líderes influyentes para apoyar el acceso, la adopción y el uso continuo de anticonceptivos entre los adolescentes.
- Implementar intervenciones para mejorar la calidad de los servicios de salud con el fin de mejorar el acceso, la adopción y el uso continuo de anticonceptivos entre los adolescentes.
- Formular e implementar de forma coherente leyes y políticas habilitantes sobre edad, estado civil y procedimientos de consentimiento en relación con la actividad sexual, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y el acceso a métodos anticonceptivos específicos para mejorar el acceso, la adopción y el uso continuo de anticonceptivos entre los adolescentes.
- Asegurar la participación activa de adolescentes y sus organizaciones en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las iniciativas para abordar sus necesidades y derechos en materia de anticonceptivos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Organización Mundial de la Salud, 2025, p. xi a xiii.

También hay evidencia de que el fortalecimiento de la educación integral para la sexualidad, así como programas dirigidos a incidir en los comportamientos de los y las adolescentes por la vía de actuar sobre las familias y las comunidades donde actúan los y las adolescentes³², pueden contribuir al descenso de la fecundidad adolescente y a la reducción de comportamientos de riesgo biopsicosocial durante la adolescencia. Respecto de ambas líneas de acción, el avance reciente en la región es menos auspicioso. En el caso de la educación integral para la sexualidad se han conjugado varios factores, como el impacto de la pandemia y del cierre prolongado de las escuelas y las resistencias ideológicas de grupos de presión conservadores que rechazan la implementación de una educación integral para la sexualidad común (CEPAL, 2024). En el caso de los programas que se enfocan en las familia, se presentan: i) dificultades de conciliación de las perspectivas de diferentes actores, que puede diferir y hasta oponerse, con el mandato del derecho preferencial y de la libertad y responsabilidad progresiva de adolescentes para adoptar sus propias decisiones; ii) la invisibilización que estos programas hacen de las y los adolescentes sin familias; iii) la complejidad de sumar familias disfuncionales o hasta lesivas para los y las adolescentes.

³² Como el programa "Familias fuertes" impulsado por la OPS, que es "an evidence-based family life skills intervention for adolescents aged 10–14 years and their parents. It is designed to foster positive adolescent-parent relationships, promote parental skills and better communication in families, and improve the social competence of adolescents. Annually, the program reaches more than 20,000 families, mostly from low-income environments" (OPS-UNICEF, 2022, pág.2).

Ahora bien, como se deduce del análisis hecho en el capítulo III sobre Chile y México, las políticas vigentes, y que están impulsando la reducción masiva y sostenida de la fecundidad adolescente, procuran, en su mayoría, garantizar y promover el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva especialmente dirigidos a adolescentes, para que reciban consejería sobre la materia, así como medios anticonceptivos oportunos y eficientes, que las y los adolescentes eligen libre y confidencialmente dentro de una gama amplia y gratuita. Estos servicios deben tener un enfoque de salud integral de adolescentes y deben articularse estratégicamente con otros sectores, como educación, desarrollo social, justicia y juventud. Esta estrategia, que suele denominarse de “espacios amigables”, ha sido impulsada por la OMS y la OPS desde inicios de siglo (OMS, 2012; OPS, 2019; OPS-UNICEF, 2022)³³, y se ha expandido por la región desde la década de 2010, en particular desde 2013 cuando ganó impulso con su inclusión en la medida prioritaria 12 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (ver anexo 1). Esta estrategia ha devenido tan popular que incluso países sin un plan o política de prevención formal cuentan con ellos. Dicho lo anterior, sí cabe reconocer que la información disponible sobre estos espacios es escasa e imprecisa en algunos países y en prácticamente ningún país hay estudios cuantitativos rigurosos del impacto de estos espacios sobre el descenso de la fecundidad (Rodríguez, 2021).

Asimismo, todas las acciones tendientes a ampliar oportunidades y opciones de vida, a forjar y fortalecer proyectos de vida³⁴, a fortalecer la personalidad y a reforzar las capacidades de decisión libre, informada y con alternativas contribuyen a decisiones de postergación de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia por colisión con otras actividades, intereses y proyectos. En este plano, las políticas educativas son esenciales por diversas razones, pero no bastan por sí mismas, sobre todo si la educación no alcanza para todos y todas, o no logra tener un correlato objetivo y subjetivo o con el futuro en el ideario de los y las adolescentes. De cualquier manera, la escuela y el grupo de pares que se conforma allí, son espacios y redes clave para las decisiones de prevención del embarazo entre adolescentes³⁵.

Finalmente, los incentivos también importan y estos pueden darse tanto en términos económico, por ejemplo, mediante transferencias condicionadas a comportamiento preventivos, tales como mantenerse en la escuela, asistir a actividades de consejería, realizarse controles de salud, etc. así como en términos culturales, como la visibilización concreta de los costos de la fecundidad adolescente en experiencias y relatos de mujeres (Banco Mundial, 2024b).

D. Breve descripción de políticas nacionales seleccionadas

CEPAL (2024) presenta una síntesis estilizada y acotada de políticas nacionales y acuerdos regionales y subregionales en materia de prevención del embarazo adolescente. Esa síntesis se elaboró con base en los informes nacionales voluntarios presentados a la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (<https://www.cepal.org/es/organos-subsidiarios/conferencia-regional-poblacion-desarrollo-america-latina-caribe>), la Plataforma Virtual de Seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (<https://consensomontevideo.cepal.org/es>) y otra documentación oficial, académica, de sociedad civil y de organismos internacionales sobre la materia.

A continuación, se actualiza y profundiza dicha descripción en el caso de países seleccionados por los criterios de continuidad e implementación, para luego pasar al examen más detallado y fino de las políticas implementadas en Chile y México y de su relación con los resultados expuestos en el capítulo III.

³³ Aunque en las directrices de OMS de 2025 antes descritas en el recuadro 1 aparece solo marginalmente, tal vez por la falta de evaluaciones rigurosas de estos espacios o el debate existente entre enfoques integrales o especializados para la atención de adolescentes.

³⁴ No solo desde una perspectiva estratégica —es decir, de largo plazo, altamente racional y estructurada—, sino también de una táctica en términos de actividades y metas de corto plazo que dan sentido a las actividades cotidianas de los y las adolescentes.

³⁵ Véase Banco Mundial, 2024b.

La continuidad de las políticas es fundamental, porque el efecto de estas no es inmediato y, además, requieren ganar confianza de los y las adolescentes, lo que es desafiante y amerita perseverancia y pertinencia. Esto último precisa de diálogo y participación de los mismos adolescentes, y tiempo para ir ajustando las políticas a las necesidades, planteamientos y sugerencias de ellos y ellas. Un escenario propicio en este sentido es la consolidación de políticas de Estado en materia de derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes. Además del marco mundial dado por las directrices ya vistas de la OMS (véase el recuadro 1) y el Plan de Acción de El Cairo, del marco regional establecido por el Consenso de Montevideo y de los diferentes acuerdos subregionales sobre prevención del embarazo adolescente (CEPAL, 2024), están los consensos nacionales alcanzados al respecto en la mayoría de los países de la región sobre esta prevención. Es decir, hay bases políticas y científicas para esta continuidad y eso se verifica en los países que se examinan a continuación. Pero en otros países—Colombia, Ecuador y El Salvador entre ellos— la política y, sobre todo, las estrategias operativas, incluyendo los espacios amigables, han tenido un comportamiento errático y con disrupciones, por lo cual no se analizan más adelante.

Por otra parte, hay países que cuentan con políticas debidamente documentadas, pero que carecen de evidencia relativa a su implementación (como Costa Rica, Panamá, la República Dominicana o la República Bolivariana de Venezuela), por lo cual tampoco se analizan más adelante.

Por ello, a continuación, solo se describen brevemente los casos de países que tienen políticas duraderas vigentes y con evidencia de implementación, las cuales, además, están debidamente documentadas en sitios oficiales. Los altibajos en la implementación no son factor de exclusión del listado, en cambio, sí lo es la falta de evidencia de implementación.

Argentina. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA): Implementado desde 2017 a la fecha, pero desde 2024 afectado por recortes presupuestarios anunciados pero aún no debidamente estimados. Busca reducir el embarazo adolescente aplicando una perspectiva integral e intersectorial entre los ministerios de Salud, de Desarrollo Social y de Educación. En particular, procura garantizar los derechos de las y los adolescentes al acceso gratuito de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y asesorías en las escuelas, la consejería en salud sexual y reproductiva, actividades de promoción comunitarias y el fortalecimiento de políticas para la prevención del abuso, la violencia sexual y el acceso a la interrupción del embarazo según el marco normativo vigente. De acuerdo con los datos recabados, este Plan logró reducir la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años por encima del 40% y, en 2019, había logrado evitar en total 25.214 embarazos no intencionales en niñas y adolescentes y 29.968 adolescentes resultaron efectivamente protegidas del riesgo de quedar embarazadas (Subsecretaría de Protección contra la Violencia de Género, 2024).

Estado Plurinacional de Bolivia. Estrategia de atención integral del adolescente (AIDA): diseñada por el Ministerio de Salud y Deportes para la atención integral en salud para las y los adolescentes de 10 a 19 años e implementada desde 2022, consiste en la implementación por parte de los establecimientos de salud de servicios gratuitos (gracias al Sistema Único de Salud) en promoción, prevención y servicios integrales diferenciados, con énfasis en la identificación de factores de riesgo, uso responsable de métodos anticonceptivos modernos, prevención de ITS-VIH, prevención de violencias, nutrición, salud mental. La atención incorpora un enfoque de curso de vida, género e interculturalidad. En agosto de 2024, la cifra de establecimientos certificados alcanzó a 247 en todo el país.

Chile. Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: establecido en 1995, tiene un enfoque preventivo y promueve el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Además de ofrecer anticonceptivos, el programa promueve la educación en salud y el autocuidado, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente. El Ministerio de Salud trabaja de la mano con el sistema educativo para garantizar que los y las adolescentes reciban información adecuada sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, y se les brinda atención integral en centros de salud diseñados

específicamente para adolescentes. El Programa Espacios Amigables para la atención de adolescentes, establecido en 2008, se inserta en la atención primaria de salud y progresivamente se han incorporado también en los establecimientos educacionales. Actualmente Chile cuenta con 375 Espacios Amigables en 274 comunas del país (Gobierno de Chile, 2023).

México. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA): fue lanzada en 2015, con el objetivo de reducir a cero los nacimientos en niñas menores de 15 años y disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. Entre las principales acciones de la estrategia se encuentran la ampliación de la cobertura de educación integral en sexualidad, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la distribución gratuita de anticonceptivos, y la creación de centros de atención especializada para adolescentes embarazadas. México también ha desarrollado campañas mediáticas y programas comunitarios que abordan la prevención del embarazo adolescente desde una perspectiva de derechos, género y salud.

E. Los casos de Chile y México: examen más detallado de sus políticas

En Chile y México, el siglo XXI ha estado marcado por un despliegue de políticas, programas y acciones de prevención del embarazo adolescente. Tales esfuerzos se consolidaron durante la década de 2010, en diálogo con planes internacionales (regionales y subregionales) de prevención, algunos de los cuales sí comenzaron en la década de 2000 (como el Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en adolescente [PLANEA])³⁶, aunque el más importante y de escala regional (latinoamericana y caribeña) se aprobó en 2013 (Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo).

1. Chile

Desde fines de la década de 1990, en el país se comenzaron a implementar acciones de diverso tipo centradas en la educación sexual, que estaba esencialmente ausente de la escuela y cuya falta se consideraba como obstáculo clave para el desarrollo de conductas reproductivas preventivas entre adolescentes. Anteriormente, incluso, se habían desplegado esfuerzos para incentivar el uso del condón, pero sin mayores distinciones etarias, es decir sin enfocarse en la prevención del embarazo adolescente, porque su objetivo era prevenir la infección por VIH/SIDA, que no tenía un sesgo etario hacia adolescente, y porque ya era conocido que el condón tenía niveles limitados de adhesión regular entre adolescentes. Ninguno de estos esfuerzos logró incidir sobre la tendencia de la fecundidad adolescente ni su desigualdad, entre otras cosas porque no se enfocaban específicamente en la prevención y, además, enfrentaron severa oposición de sectores conservadores desde sus inicios.

Durante el primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) se intentó dar un marco formal al uso de anticonceptivos y garantizar su acceso bajo un enfoque de derechos, confidencialidad y eficiencia, mediante un reglamento *ad-hoc* denominado "Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad" presentado en 2006. Este reglamento desató una pugna política, ideológica e institucional incluso (por las objeciones jurisprudenciales que se levantaron y la intervención de la Corte Suprema y el Tribunal Constitucional, en ocasiones enfrentados) impulsada por sectores conservadores que cuestionaron principalmente el acceso a la anticoncepción de emergencia por considerarla abortiva (un delito grave y sin excepciones en Chile en esa época) y la privacidad, confidencialidad y decisión libre de los y las adolescentes en esta materia y supuesta exclusión de los padres y la familia. Esta pugna duró varios años, pero finalmente se zanjó con una ley de inicios de 2010 (Ley 20.418) que pavimentó el camino para un nuevo enfoque, un mayor despliegue público y una mejor combinación virtuosa de especialistas y población objetivo en materia de salud sexual y reproductiva de adolescentes mediante

³⁶ https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/libro%20politica%20osexual%202022_v2.pdf

la ampliación de las garantías de acceso a anticoncepción, reconocimiento de derechos, especificidad de trato y confidencialidad de los y las adolescentes, aunque con matices según su edad (autonomía progresiva con corte “legal” a los 14 años).

En ese marco de crispación política, desde mediados de la década de 2000 y con el telón de fondo de una fecundidad total que caía fuertemente, mientras que la adolescente se mantenía o incluso subía y llegaba a niveles muy elevados entre las pobres, el Ministerio de Salud [MINSAL] reforzó el Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes³⁷, el cual definió como prioridad la prevención del embarazo adolescente. En ese contexto se impulsaron varias iniciativas de concientización, participación, priorización y acción, destacando entre ellas: i) el lanzamiento en 2008 de la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes 2008-2015, que profundiza en los objetivos sanitarios vinculados a la reducción de la fecundidad adolescente; ii) campañas mediáticas de información y promoción de salud sexual y reproductiva de adolescentes; iii) la creación del programa Espacios Amigables para la población entre 10 y 19 años, el que se enfocó principalmente en la atención de la salud sexual y reproductiva, en el marco del respeto a la privacidad, atención amigable y por parte de personal³⁸; iv) la instalación de consultivos de adolescentes a escala nacional y subnacional; v) la ampliación de la oferta anticonceptiva, promoviendo la doble protección y el acceso a medios más eficientes y con mayor adhesión entre adolescentes, entre ellos los LARCS, sobre todo los implantes subdérmicos, inicialmente de manera muy limitada, así como la anticoncepción de emergencia o pastilla del día después.

La prueba de fuego de todas estas iniciativas fue la continuidad de estas iniciativas con el cambio de gobierno en 2010 hacia una coalición conservadora presidida por Sebastián Piñera (primer gobierno 2010-2014). Y si bien el ritmo de avance de estas iniciativas se moderó, en algunos casos hasta se estancó y en otros se desvió del objetivo inicial, por ejemplo, en materia de educación integral para la sexualidad, en casi ningún caso hubo retrocesos o reversión de leyes o desfinanciamiento o discontinuación de programas. Y esto también se verificó en materia de acuerdos internacionales, dado que Chile aprobó el Consenso de Montevideo justamente bajo un gobierno conservador (aunque no fue precisamente un impulsor del acuerdo).

Ahora bien, en el segundo gobierno de Michele Bachelet (2014-2018), estas iniciativas se reforzaron y profundizaron mediante: i) ampliación sostenida del programa de espacio amigables y su fusión con el control de adolescente sano (MINSAL, 2024); ii) aprobación en diciembre de 2017 de la Ley No. 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, pero tal vez incluso más por la facilitación del aborto mediante medicamentos de fácil acceso (misoprostol entre otros) en la última década. Lamentablemente, sobre el aborto las Encuestas Nacionales de Juventudes recogen información fragmentaria y no comparable entre diferentes años por lo cual no es posible trazar una trayectoria confiable; iii) garantía del acceso a la anticoncepción de emergencia para menores de 14 años (con condiciones, pero no impedimentos) en la Ley No. 21030, y de todos los métodos anticonceptivos pertinentes a las adolescentes en general³⁹; y iv) cambios en protocolos de acceso a anticoncepción, en particular para facilitar su uso entre adolescente nulíparas incluyendo a las próximas a iniciar actividad sexual y alto riesgo de embarazo no deseado. Uno de los

³⁷ Creado en 1995 bajo el nombre de Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes y complementado en 1999 con la Política en Salud de Adolescentes y Jóvenes.

³⁸ El programa se inició en un conjunto limitado de ciudades con la perspectiva de expandirse y aumentar su cobertura geográfica y poblacional gradualmente (MINSAL, 2018; Rodríguez y Roberts, 2020).

³⁹ En el documento de referencia del MINSAL sobre esta materia de 2016 se dedica una sección completa a adolescentes que incluye planteamientos categóricos al respecto: “Numerosos organismos internacionales han recomendado el uso de anticonceptivos reversibles de larga acción (conocidos como LARC por su sigla en inglés) como primera línea para la prevención efectiva del embarazo en adolescentes. Los LARC comprenden los implantes subdérmicos y los DIU, métodos anticonceptivos de larga acción (3 a 10 años), altamente eficaces debido a que no depende de la intervención de la usuaria, ni interfieren con el coito” (Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad, MINSAL 2016b, pág. 144).

ejemplos más elocuentes al respecto es la Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria 2016 del MINSAL (2016a) en la que se establecen tres categorías de adolescentes se acuerdo a la intención de conducta sexual y a la conducta sexual (grados de *petting*): i) con intención de conducta postergadora, para las cuales la principal recomendación es mantener la postergación del inicio sexual; ii) con intención de conducta anticipadora, para quienes se recomienda, en la segunda sesión de consejería y entre otras cosas: *“compartir información sobre el condón y métodos anticonceptivos, acerca de los tipos, incluyendo y fomentando los métodos de larga duración (destacado de autor), sus características, mecanismo de acción y efectos secundarios”*; y iii) con conducta sexualmente activa: con pareja única o múltiples parejas para quienes se sugiere, en la primera reunión de consejería y entre otras cosas: *“Compartir información sobre el condón y métodos anticonceptivos, acerca de los tipos, incluyendo y fomentando los métodos de larga duración, sus características, mecanismo de acción y efectos secundarios”* (págs. 19-32).

De hecho, los hallazgos empíricos del presente estudio se relacionan con estos cambios, pues es justamente en este período en que se observan los saltos en materia de acceso a los implantes subdérmicos desde la primera relación sexual y el abrupto descenso de la maternidad adolescente concomitante y asociado. En efecto, el uso de implantes subdérmicos en el primer coito era casi nulo en 2015, lo que no es extraño dado que se trata de una tecnología anticonceptiva que requiere soporte médico para su instalación y por ello se necesita capacitar equipos, tener protocolos de atención y un marco legal e institucional para su operación, todo lo cual era incipiente hasta la década de 2010. Y a esto se agregaban las dudas técnicas y sanitarias sobre estos implantes⁴⁰, que solo se disiparon a inicios de dicha década, como se explica luego. Pero ya en 2018 se produce el salto de este uso, que si bien se modera en 2022 mantiene un alza. Tan importante como lo anterior es que, durante el período de observación, la brecha entre primera y última relación sexual protegida con implante subdérmico se estrecha significativamente. La explicación más plausible para esta convergencia es una revisión de los protocolos y prácticas médicas desde inicios de la década de 2010, como antes planteado y que se explica con mayor detalle a continuación.

Ocurre que hasta la década de 2000 el equipo médico era más bien refractario a la colocación de implantes subdérmicos antes de la iniciación sexual, y esta colocación se reservaba exclusivamente para adolescentes sexualmente iniciadas y con alto riesgo de embarazo no deseado (incluyendo las que ya habían sido madres tempranamente), lo cual explica que la prevalencia en el último coito era más de tres veces la del primer coito en 2015. Pero en la década de 2010, el paradigma cambió y se comenzó a usar el implante subdérmico no solo de manera más frecuente, sino también como un medio para prevenir el embarazo desde el inicio de la actividad sexual a causa de su eficiencia, su deseabilidad entre un grupo no menor de adolescentes y la acumulación de evidencia científica que descartó algunas preocupaciones sobre efectos adversos de estos implantes⁴¹. Este cambio es clave y se suma al aumento de la prevalencia al primer coito que de por sí implica un nivel de protección muy importante para un

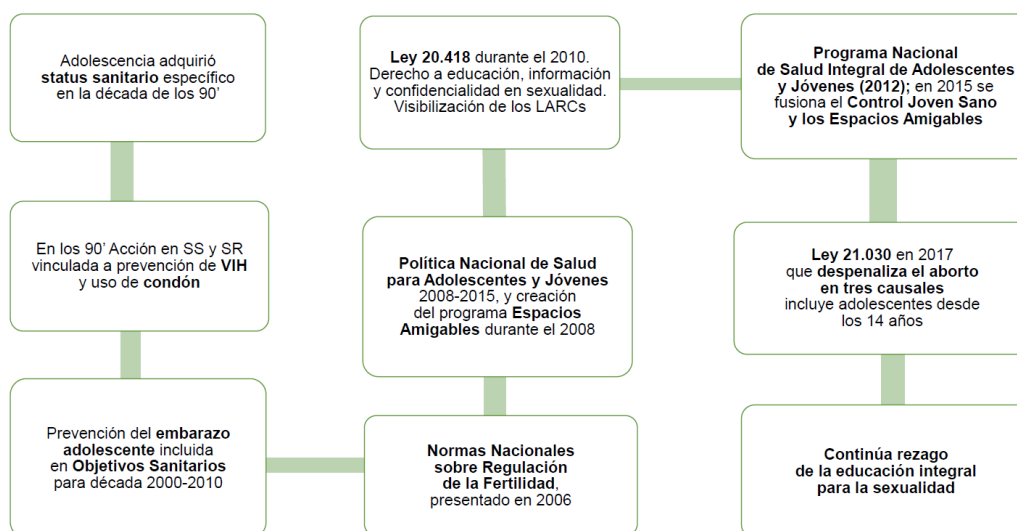
⁴⁰ En esta línea, un texto de una autoridad sobre la materia en Chile es revelador de los recelos que había frente a los implantes “tempranos” hasta inicios de la década de 2010: *“El uso de implantes subcutáneos pese a que cumplen con las condiciones anteriores, no los utilizamos de primera elección y los hemos considerado en adolescentes cuyas características personales las sitúan en un grupo de alto riesgo de abandono o uso inadecuado de los métodos hormonales combinados habitualmente utilizados. Esto se fundamenta en el costo económico y en que tampoco hay estudios suficientes que evalúen el impacto sobre la densidad ósea en adolescentes”* (Montero, 2011, pág. 64).

⁴¹ Los recelos expuestos en la nota al pie previa fueron superados por voluntad política sanitaria (decisión de ofrecer esta opción a adolescentes que se declaraban próximas a iniciar actividad sexual) y evidencia científica (que descartó daño óseo y de crecimiento derivado del componente hormonal de los implantes subdérmicos) (Díaz, Jesam y Capella, 2018). Desde luego, esto último no significa que los implantes subdérmicos sean inocuos, ya que como todo método anticonceptivo hormonal puede tener efectos colaterales. De hecho, a causa de estos últimos hay una fracción de usuarias que discontinúan este método, aunque se trata de una fracción baja (CEPAL, 2024).

segmento acotado de las adolescentes, pero seguramente de alto riesgo de embarazo no deseado⁴². En efecto, la convergencia total de ambas prevalencias podría significar continuidad del método desde el inicio de la actividad sexual, lo que técnicamente implica reducir casi a cero el riesgo de embarazo para quienes debutaron sexualmente con implante subdérmico⁴³. Y si los niveles de maternidad durante la adolescencia son del orden del 10%, llegar oportunamente, es decir desde la primera relación sexual, con protección del tipo implante subdérmico a este grupo, podría virtualmente erradicar la maternidad durante la adolescencia.

En el diagrama 1 se presentan los principales hitos del itinerario descrito previamente y que a la fecha permiten que Chile tenga una política y una estrategia exitosa de prevención del embarazo adolescente, como lo revelan las cifras del presente estudio, pero que al mismo tiempo carezca de un plan formal de prevención con el debido seguimiento, no cuente con una instancia —o procedimiento oficioso al menos— de coordinación de políticas, y todavía esté en deuda en materia de educación integral para la sexualidad.

Diagrama 1
Chile, principales hitos relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y la prevención del embarazo en la adolescencia, década de 1990 a la actualidad



Fuente: Elaboración propia, con base en presentación de Rodríguez y Roberts (2020), El descenso de la fecundidad adolescente en Chile Antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdad des <https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/estudioembarazo.pdf>.

⁴² Hasta hace poco, algunos especialistas todavía lo relacionaban principalmente con situaciones de vulnerabilidad social: "No se puede dejar de señalar la gran relevancia social de permitir el uso de progestágenos solos de dosis baja desde el posparto inmediato. Su uso por medio de implantes subcutáneos es una gran herramienta en la atención posparto inmediata intrahospitalaria para conseguir la disminución del reembarazo en adolescentes y para atender a mujeres de todas las edades que presentan condiciones de vulnerabilidad que aumentan su riesgo reproductivo (adicción a drogas ilícitas o alcohol; alta ruralidad y dificultad de acceso a servicios de regulación de la fertilidad; alta vulnerabilidad psicosocial) y mujeres que han completado su paridad" (Capella, Schilling y Villaroel, 2017', pág. 216), pero el sector salud lo ha ampliado a toda situación de alto riesgo de embarazo no deseado entre adolescentes, incluyendo iniciaciones sexuales inminentes, con base en la tipología descrita anteriormente.

⁴³ Hay un doble supuesto detrás de esta afirmación que se basa en porcentaje agregados: i) quienes declaran uso en la primera y en la última relación sexual son las mismas personas, lo que por tratarse de porcentajes agregados no es posible de saber. Sin embargo, la encuesta sí permite identificar a personas y con ello saber cuántas declaran uso de este método en primer y último coito, información que se usará más adelante al modelar la chance de ser madre adolescente con regresiones logísticas binomiales con coeficientes robustos; ii) entre la primera y la última relación sexual no hubo cambio de método, lo que no se puede detectar con la fuente usada.

2. México

El caso de México es diferente al de Chile, pues hay un punto de inflexión formal que se da por voluntad política específica y que pavimenta el camino de programas y acciones de prevención más formalizadas, coordinadas, monitoreadas y evaluadas. Lo anterior no significa que la prevención haya resultado más exitosa; de hecho, las cifras del presente estudio muestran niveles de maternidad adolescente mucho menores en Chile y ritmos de caída de la misma también más intensos en Chile. Pero ya hay indicios de que el punto de inflexión antes mencionado está dando resultados, aunque tal vez por vías diferentes a las operadas en Chile y eventualmente por condiciones que pueden haber sido circunstanciales.

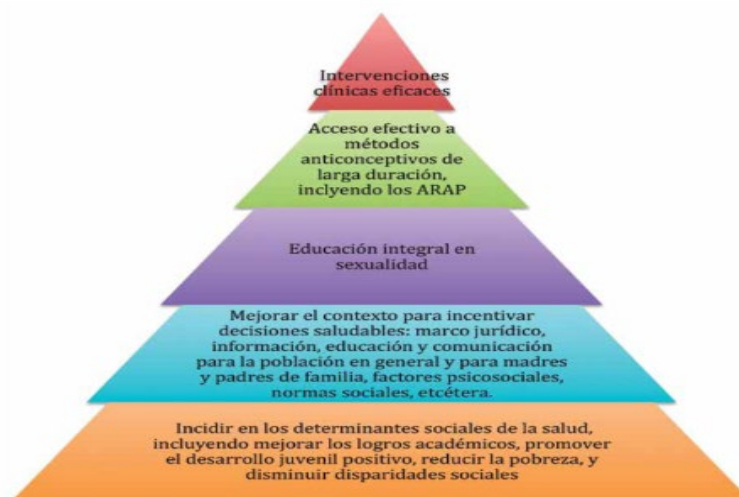
El punto de inflexión es la aprobación en 2015 de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA] y sus evaluaciones subsecuentes (la primera en 2017) y mejoramientos/reforzamientos derivados. La ENAPEA es una estrategia formal, amplia y compleja y que tiene una vasta documentación sistematizada y disponible para todo público⁴⁴. Entre otros aspectos destacables, cabe mencionar:

- es una iniciativa de gobierno central con liderazgos claros y no precisamente en el sector salud: es coordinada por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población [CONAPO] y su Secretaría Técnica está a cargo del Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES];
- tiene metas específicas en materia de fecundidad adolescente: reducir en 50% la tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15 a 19 años para el año 2030 y erradicar los embarazos en niñas de 14 años o menos;
- presenta un claro enfoque multisectorial, incluyendo numerosas instituciones de diferentes sectores sociales: Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de las Mujeres, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Bienestar, Instituto Nacional de Desarrollo Social, Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de la Juventud, Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano del Seguro Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes;
- coordina y/o apoya la implementación de numerosas de acciones a desarrollar para diversidad de objetivos, tales como asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria; generar oportunidades laborales para la población joven, mantener campañas de comunicación que posicionen mensajes claros sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes; fortalecer la prevención y la atención de la violencia y el abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes; asegurarles la prestación de servicios de salud; garantizar procesos de formación y capacitación a las y los educadores, al profesorado, al personal de salud, a padres y madres de familia, y a líderes de la comunidad, y fortalecer el liderazgo juvenil;
- se guía por un conjunto de principios orientadores que le dan sustento conceptual, institucional y operativo: intersectorialidad, ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género, de curso de vida y de proyecto de vida, corresponsabilidad, participación de adolescentes y jóvenes, investigación y evidencia científica, y evaluación y rendición de cuentas.

⁴⁴ Véase <https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA#ENAPEA>.

Respecto de anticonceptivos, el listado de acciones intersectoriales relevadas en el documento original no es tan explícito, pero la primera figura expuesta en dicho documento es muy elocuente respecto de la prioridad que tiene la EIS y la SSR de adolescentes, destacando incluso a los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP, o LARCs por su sigla en inglés) (véase el diagrama 2). La centralidad de la SSR y de la provisión de anticonceptivos eficientes para adolescentes fue uno de los principales desafíos de la primera fase de implementación de la ENAPEA, tal como lo consignan los diferentes informes de evaluación⁴⁵.

Diagrama 2
Marco conceptual de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)



Fuente: Consejo Nacional de Población. (2017). Documento oficial de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, pag.16 (<https://www.gob.mx/conapo/documentos/documento-oficial-de-la-estrategia>).

Estas evaluaciones se basan en compromisos sobre metas de cobertura (porcentaje de servicios de salud que dispensan métodos anticonceptivos a adolescentes sin barreras de ningún tipo sobre total de servicios de salud; porcentaje de escuelas que se esperan cubrir con actividades de educación sexual integral; que se espera cubrir en un período determinado), de resultados (i.e. cantidad de docentes capacitados en educación sexual integral; cantidad de consejerías y métodos de larga duración dispensados) y de impacto (i.e. embarazos prevenidos, fecundidad adolescente temprana y tardía), conforme el plan de acción a corto y mediano plazo que se diseñe y los acuerdos políticos y compromisos de gestión que se establezcan con cada una de las entidades federativas⁴⁶.

Las directrices para la segunda fase de implementación de la ENAPEA han reforzado este componente dentro de la estrategia, porque se indica claramente que se debe informar a la población adolescente sobre las ventajas de utilizar un ARAP, entre los que se incluyen los dispositivos y sistemas intrauterinos y los implantes subdérmicos⁴⁷, lo que ha elevado el uso de estos anticonceptivos entre los y las adolescentes, como expuesto en el capítulo III. Esto ocurre particularmente en el caso de los implantes subdérmicos, cuyo uso en la última relación sexual pasó del 2,0% en 2009 al 11,6% en 2023.

⁴⁵ Si el objetivo central de la ENAPEA es prevenir los embarazos en la adolescencia, dos intervenciones son clave: la educación sexual integral, y la consejería y el acceso a métodos anticonceptivos, preferentemente los de larga duración que son los que más y mejor protegen a esta población, pues no son operador dependiente (CONAPO, 2020).

⁴⁶ González y Ramos 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/600726/INFORME_FINAL_EVAL_ENAPEA_14_13_2020.pdf.

⁴⁷ https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/703251/Segunda_fase_de_la_ENAPEA_2021-2024_ajuste_forros_030222_small.pdf

Sin embargo, todos estos esfuerzos aún parecen insuficientes para aumentar el uso del implante subdérmico **al inicio de la actividad sexual**, cuyas cifras son marginales, como se vio en el capítulo III. Así, a diferencia de Chile, en México el implante subdérmico todavía parece limitarse a adolescentes ya iniciadas sexualmente y, tal vez, ya con hijos o con alto riesgo de embarazo no deseado. Por ello, puede estar siendo usado más bien para evitar paridez de orden superior a 1 no deseada en vez de prevenir el primer embarazo. Esto sugiere que México todavía podría estar en la situación de Chile a inicios de la década de 2010, cuando predominaba la práctica médica de no recetar implantes subdérmicos antes del debut sexual. Sin duda este asunto requiere investigación adicional para identificar sus causas (protocolos sanitarios, rechazo de usuarias, preferencia por otros métodos, opciones ideológicas, etc.). Cualquiera sea el caso, al igual que en Chile, el fuerte aumento de la protección anticonceptiva resulta ser el factor decisivo para explicar la fuerte caída de la fecundidad adolescente.

En balance, el examen detallado de los casos de Chile y de México resulta muy sugerente, sobre todo por los rasgos o matices que diferencian a ambos países, dentro de un sentido y objetivo de prevención que los une. Las distinciones más evidentes se dan en estatus institucional (mayor en México, aunque en Chile hay leyes que han sido clave, aunque indirectamente por no referirse al grupo específico de adolescentes: las ya mencionadas 20.418 y 21.030, pero también las leyes No: 20.609; 20.584; y 20.500), vínculo explícito con el Consenso de Montevideo (México desde el inicio), conformación intersectorial con instancia de coordinación incluida⁴⁸ (solo en México; en Chile han sido leyes, programas y estrategias básicamente del sector salud), la formalización de la participación ciudadana de actores clave (mucho mayor en México, pues en Chile solo se avanzó con los consultivos de adolescentes), y su dinámica de evaluación regular (mucho más desarrollada y sistemática en México). Pero hay otros rasgos que la acercan, como su opción por los espacios amigables, la definición de objetivos con metas de caída de la fecundidad adolescente y sus logros al respecto, el foco en salud sexual y reproductiva y acceso a anticoncepción y los rezagos en materia de educación integral para la sexualidad.

⁴⁸ Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [GIPEA].

V. Conclusiones y recomendaciones, con foco en políticas

Las tendencias recientes a la baja significativa y rápida de la fecundidad adolescente en la región pueden deberse a que ciertos cambios estructurales, que venían configurándose desde hace décadas, finalmente comenzaron a tener efectos sistemáticos, erosionando las bases materiales y culturales de la fecundidad adolescente (Garbett et al., 2025; Rodríguez et al., 2017). El aumento sostenido de la escolaridad, más allá de sus efectos composicionales, tuvo efectos directos sobre la fecundidad mediante: i) la habilitación y el empoderamiento de las adolescentes para sus propias decisiones y trato más igualitario con los adolescentes y otras contrapartes masculinas; ii) el choque entre la asistencia y la dedicación a la escuela (no solo a los estudios, también a las actividades extracurriculares), por un lado, y las responsabilidades y carga de trabajo y tiempo derivadas de la crianza, por otro lado; iii) el aumento de la información, y de la capacidad para procesarla, sobre anticoncepción y conductas preventivas; y iv) la apertura a proyectos de vida alternativos al doméstico o materno. Desde luego esto se dio de manera heterogénea y desigual, pero para muchas adolescentes ese fue el resultado de ingresar al nivel secundario, concluirlo e incluso sumarse al nivel terciario.

Pero esta tendencia a la baja de la fecundidad adolescente también se origina en políticas públicas activas desplegadas durante el siglo XXI y en particular desde 2013 bajo el alero del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Estas políticas promovieron cambios socioculturales, institucionales y operacionales que permitieron implementar una prevención ya deseada por las y los adolescentes y la sociedad en general. El foco de estas políticas estuvo en la consejería, el trato especial y pertinente y el acceso a anticoncepción oportuna, eficiente y pertinentes, siendo los espacios amigables la estrategia más común y, en general, con mejor desempeño para brindar esta consejería, trato especial y acceso a anticoncepción. Este despliegue de acciones tendientes a ampliar el acceso a la anticoncepción se vio reforzado en algunos países por un fenómeno inesperado: la estabilización e incluso la postergación del debut sexual.

Naturalmente la enorme magnitud y rapidez de la caída de la fecundidad adolescente sugiere que ambos factores se reforzaron⁴⁹, multiplicando su impacto y permitiendo que la región registre desde alrededor de 2016 una baja acelerada y masiva de la fecundidad adolescente y la maternidad adolescente. Y esto se debió principalmente a un aumento marcado y sostenido del uso de anticoncepción, ya que las otras variables intermedias de la fecundidad tuvieron cambios favorables a la reducción discretos (como la reducción acotada de la unión durante la adolescencia) o incluso contrarios al descenso de la fecundidad (como el adelantamiento de la iniciación sexual en varios países, aunque ya no todos los países como en las décadas de 1990 y 2000), o no hay registros precisos y confiables de su evolución (como el aborto).

Respecto de las políticas públicas, la revisión expuesta en este texto permite colegir que:

- i) Hay una decisión generalizada de intervenir con propósitos preventivos.
- ii) En casi todos los países hay expresiones formales de esta decisión, es decir políticas preventivas, y que en varias subregiones hay instrumentos multinacionales que apuntan en el mismo sentido.
- iii) Estas expresiones formales han sorteado gobiernos con diversos signos, ocasionalmente con matices entre uno y otro gobierno, acercándolas a la calidad de "políticas de Estado".
- iv) En general, las intervenciones nacionales hacen suya la narrativa, principios y medidas prioritarias propuestas por el Consenso de Montevideo.
- v) En varios casos, la intervención queda principalmente en lo discursivo, sin una implementación sistemática y masiva.
- vi) Incluso en los casos donde hay implementación de la política, la información sobre la política y su aplicación y el monitoreo de su avance es irregular y en ocasiones básicamente invisible.
- vii) En la práctica hay matices discursivos y operativos que generan aproximaciones diferentes de las políticas entre países, con algunos muy avanzados en materia de garantía formal y operativa del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y otros más rezagados.
- viii) Entre los rasgos que más marcan la diferencia están la autonomía para la decisión, en particular respecto de padres y otros referentes de autoridad adulta, la confidencialidad de la atención, las condiciones para acceder a anticoncepción y la oferta anticonceptiva.
- ix) Incluso en los países avanzados en la garantía de estos derechos hay matices importantes, por ejemplo, sobre la manera, el momento y el tipo de anticoncepción que se privilegia o prioriza.
- x) Los espacios amigables se han generalizado y consolidado en varios países convirtiéndose en la estrategia más relevante y exitosa en la región.
- xi) Pero en varios países con espacios amigables se carece de información actualizada sobre su funcionamiento y desempeño.
- xii) Y en general hay pocos estudios rigurosos de evaluación de impacto de las políticas y las estrategias como los espacios amigables. Esto en modo alguno cuestiona su aporte y evidente relación con la caída de la fecundidad adolescente, pero impide estimar la magnitud de la contribución de las políticas y estrategias.

⁴⁹ También reconocido, aunque de manera genérica y sin apoyo en evidencia, por estudios recientes: "*The drivers behind these recent declines are still not well understood, but research points to expanded university education; delays in sexual debut; declines in adolescent marriage and cohabitation; and improved access to contraception better suited to adolescent needs, particularly long-acting reversible contraception*" (Garbett et al., 2025, pág. 35).

- xiii) Respecto de la variable clave para la baja de la fecundidad adolescente, a saber, el uso de anticonceptivos no solo importa el acceso gratuito, también son claves la oferta —diversificada, pertinente y moderna, incluyendo LARCS—, el momento en que se inicia la anticoncepción siendo el debut sexual protegido la modalidad más efectiva, y la continuidad del uso.

Finalmente, el análisis empírico y de políticas realizado en este estudio ofrece varias conclusiones importantes:

- i) La región y sus adolescentes no están condenadas a una fecundidad temprana, pues con políticas, programas y estrategias adecuadas, como las implementadas en Chile y México, es posible bajar de manera significativa y relativamente rápida la maternidad y la fecundidad adolescentes.
- ii) Un reconocimiento clave para la adecuación de políticas, programas y estrategias radica en la especificidad de los y las adolescentes en buena parte de lo que atañe a salud y conductas sexuales y reproductivas y, por ello, la necesidad de una atención especializada y diferenciada, justamente como la que ofrecen los denominados espacios y/o servicios (de salud, pero no solo de salud) amigables para adolescentes.
- iii) Un foco clave para la adecuación de políticas, programas y estrategias radica en la anticoncepción, la que es la variable intermedia decisiva para reducir la fecundidad, y respecto de la cual ha habido avances significativos en el siglo XXI en materia de métodos eficiente e idóneos para adolescentes como los implantes subdérmicos.
- iv) La conclusión anterior sobre la preeminencia de la variable intermedia uso de anticonceptivos en modo alguno significa que la trayectoria de las otras variables intermedias sea irrelevante o no haya contribuido a la caída reciente de la fecundidad adolescente. De hecho, la marcada y excepcional baja entre 2018 y 2023 expuesta en el cuadro 2 resulta de una alineación también excepcional de las tres variables intermedias clave en ambos países, pues no solo aumentó la protección anticonceptiva; también se estabilizó o incluso se postergó ligeramente (dependiendo del indicador usado) el inicio de la actividad sexual y cayó la unión. Si a esto le agregamos un creciente acceso al aborto, tanto en México como en Chile, se añaden factores que contribuyen a explicar la baja de la maternidad adolescente⁵⁰. Y a esto hay que sumar el cambio estructural de condiciones educativas que generó un escenario favorable a la caída de la fecundidad (aunque esta transformación es anterior y no había sido suficiente previamente para reducir por sí sola la fecundidad adolescente).
- v) La distinción entre uso en el primer y último coito es crucial. Mientras que el uso en la primera relación sexual es indicativo de prevención desde el inicio (aunque no necesariamente continuidad), el uso en la última no lo hace ya que la adolescente puede incluso hasta ya haber sido madre en ese último coito. Dado que hay evidencia de que históricamente el sistema de salud cambia su vinculación con las adolescentes después del primer hijo y las incorpora a programas activos de prevención, incluyendo la colocación

⁵⁰ De hecho, esto también se plantea en CEPAL, 2024, p. 69 “Este descenso (...de la fecundidad adolescente) también pudo verse favorecido por la expansión del acceso al aborto en algunos países durante el período de referencia (Argentina, Chile, Colombia y México)”, pero, además, se ofrece un antecedente adicional en nota al pie de la misma página que sostiene que “Las cifras oficiales sugieren un efecto menor del aborto, pero no captan su magnitud real, sobre todo por la incidencia del aborto farmacológico, que no requiere de un equipo médico para su realización” (CEPAL, 2024). La ENADID misma no capta un aumento del aborto entre adolescentes, que se mantiene como una experiencia declarada por una minoría muy pequeña durante el período de observación: menos de 2% de todas las adolescentes de 15 a 19 años y en torno al 5% de todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente iniciadas (procesamientos propios ENADID).

de implantes subdérmicos en algunos países, entonces podría ocurrir que el uso de anticoncepción en particular implante subdérmico se asocie con mayor probabilidad de haber sido madre. Por lo anterior, la prioridad analítica y de política la tiene la variable uso en el primer coito y la combinación uso en primer y último coito, que, intuitivamente, sugiere una trayectoria de continuidad de uso y en principio más protectora que el uso exclusivo en la primera relación sexual. Con todo, esta intuición tiene cierta incertidumbre, más bien de naturaleza metodológica, porque si no es posible distinguir tipo de método, el uso en el último coito podría igualmente estar relacionado, pero con “causalidad inversa”, con el haber sido madre previamente y así el uso en la primera y última relación sexual podría no tener la relación esperada de mayor protección en los ejercicios estadísticos de corte transversal. Este sería el caso, por ejemplo, cuando los sistemas de salud ofrecen un tipo específico de protección anticonceptiva específica a las adolescentes que ya fueron madres, siendo un caso típico justamente los implantes subdérmicos u otros LARCS.

- vi) Los resultados obtenidos, en particular los del período 2020 en adelante, pueden estar afectados por el impacto de la pandemia, que, como es sabido, deprimió la cantidad de nacimientos en todas las edades en 2021, y en años subsiguientes en la mayoría de los países (CEPAL, 2024). Por ello, hay que continuar con el seguimiento de las tendencias de la fecundidad y la maternidad adolescente para verificar la sostenibilidad de esta caída.
- vii) El análisis realizado se centra en la fecundidad adolescente, es decir aquella que, por definición acordada, ocurre entre los 15 y los 19 años. No se adentra en la fecundidad precoz, que es la que acontece antes de los 15 años, cuyos determinantes (básicamente abuso sexual) y consecuencias (más graves) difieren. Análisis recientes de las tendencias de esta fecundidad precoz sugieren que no tiene una caída tan marcada como la fecundidad adolescente (CEPAL, 2024), lo que es preocupante.

Bibliografía

- Banco Mundial. (2024). Unleashing aspirations while ensuring opportunities could help reduce teenage pregnancy in Latin America and the Caribbean. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099062724112512851/p5042741bc9fc606818ba01c2beabdfea23>
- Banco Mundial. (2024b). The Nerds, the Cool and the Central: Peer Education and Teen Pregnancy in Brazil. <http://hdl.handle.net/10986/41692>
- Banco Mundial. (2023). Reducing Teen Pregnancy. LAC Gender Notes. <http://documents.worldbank.org/curated/en/59928>
- Batyra, E. y Kohler, H.P. (2022). Unequal Transitions to Adulthood: Widening Disparities in Age at First Union, Sex, and Birth in Many Low- and Middle-Income Countries. *Studies in Family Planning*, 53(3), 549–565. <https://doi.org/10.1111/sifp.12211>
- Bongaarts, J. (2015). Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up. *Demographic Research*, 33(19), 535–560. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2015.33.19>
- Breinbauer, C. y Maddaleno, M. (2005). Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. Pan American Health Organization. Scientific and Technical Publication No. 594.
- Capella, D., Schilling, A. y Villaroel, C. (2017). Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 212-218. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200012>
- Cherry, A. y Dillon, M. (2014). *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*. Springer.
- Clark, S. y Agnant, K. (2025). Charting New Courses to Adulthood in the Global South. *Population and Development Review*, 51(1), 181-211. <https://doi.org/10.1111/padr.12711>
- Clark, S., Kabiru, C. W., Laszlo, S. y Muthuri, S. (2019). The Impact of Childcare on Poor Urban Women’s Economic Empowerment in Africa. *Demography*, 56(4), 1247–1272. <https://doi.org/10.1007/s13524-019-00793-3>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025a). *América Latina y el Caribe y la Agenda 2030 a cinco años de la meta: ¿cómo gestionar las transformaciones para acelerar el progreso?* (LC/FDS.8/3).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025b). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2025: cómo salir de la trampa de alta desigualdad, baja movilidad social y débil cohesión social*, (LC/PUB.2025/23-P).

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025c). *Observatorio Demográfico, 2025* (LC/PUB.2025/19-P).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2024). *Población, desarrollo y derechos en América Latina y el Caribe: Segundo informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/CRPD.5/3).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: La transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible* (LC/PUB.2022/15-P).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/L.3697).
- Consejo Nacional de Población. (2017). *Documento oficial de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/documento-oficial-de-la-estrategia>
- Díaz, S., Jesam, C. y Capella, D. (2018). "Uso de anticonceptivos reversibles de larga duración por adolescentes" (PPT). Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Temas_destacados/Anticoncepcion/22052018-Uso-de-Anticonceptivos-de-Accion-Prolongada-por-Adolescentes-2018-4.pdf
- Fernández-Theoduloz, G., Brunet, N. y López-Gómez A. (2019). Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes. UNFPA-Universidad de la República de Uruguay. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_toma_de_decisiones.pdf
- Fernández-Theoduloz, G., Brunet, N., Godoy, J.C. et al. (2023). Risk Sexual Behaviors in Uruguayan Adolescents: the Role of Self-Regulation and Sex-Gender. *Trends in Psychology*, 33, 449–468. <https://doi.org/10.1007/s43076-023-00284-w3>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2025). El precio de la desigualdad: Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes y maternidad temprana en América Latina y el Caribe. Oficina Regional de América Latina y el Caribe. <https://lac.unfpa.org/es/publications/el-precio-de-la-desigualdad-consecuencias-socio-economicas-embarazo-adolescente>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2024). Vidas entrelazadas, hilos de esperanza. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2024-spanish-240405-web.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD).
- Garbett, A., Neal, S., Luna Hernandez, A. y Tzavidis, N. (2025). Reframing the Relationship Between Fertility and Education in Adolescence: 60 Years of Evidence From Latin America. *Population and Development Review*, 51(2), 656-701. <https://doi.org/10.1111/padr.12720>
- Gayet, C. y Juarez, F. (2025). Changes and Permanence of Sexual Practices in Latin America and the Caribbean. Baumle, A.K., Oyarvide Tuthill, Z. (eds.). *Second International Handbook on the Demography of Sexuality*. International Handbooks of Population. 14. Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-031-87911-1_7
- González, M. y Ramos, S. (2020). Evaluación de la ENAPEA: Informe final. Secretaría de Gobernación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/600726/INFORME_FINAL_EVAL_ENAPEA_14_13_2020.pdf
- Hailu, B.A. y Beyene, J. (2025). Adolescent marriage, maternity, and limited access to education in 106 countries: Bayesian analysis of prevalence, trend, and prediction. *Sci Rep* 15, 9584. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-93893-7>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. (2010). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Metodología y tabulados básicos. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. (2023). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>
- Instituto Nacional de la Juventud de Chile. (s.f.). Encuesta Nacional de Juventudes. <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>
- Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual RiskTaking, *Family Planning Perspectives*, 33 (6), 276-281.

- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&lng=es.
- Leone, T. y L. Brown, (2021). Trends in age at menarche in low- and middle-income countries. N-IUSSP, 1 de marzo, <https://www.niussp.org/fertility-and-reproduction/trends-in-age-at-menarche-in-low-and-middle-income-countries-evolution-de-lage-a-la-menarche-dans-les-pays-a-revenu-faible-et-intermediaire/>
- Ministerio de Salud de Chile (s.f.). Salud joven y adolescente. <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-a-la-comunidad-salud-joven-y-adolescente/>
- Ministerio de Salud de Chile (2018). Servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes: Orientación técnica para la atención primaria de salud. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (2016a). Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria 2016. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (2016b). Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad 2016, 144. <https://observatorio-epu.org/assets/archivos/epu/1482ac7912f9c8611d788e3b40da5154.pdf>
- Montero, A. (2011). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 59-67.
- Moultrie T.A., Dorrington, R., Hill A., Hill K., Timæus I. y Zaba B. (eds). (2013). Tools for Demographic Estimation. International Union for the Scientific Study of Population. https://demographicestimation.iussp.org/sites/default/files/2023-05/TDE_2013_2ndImpression_opt_o.pdf
- Naciones Unidas (2025). World Fertility. (DESA/POP/2024/TR/NO.11). https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2025_wfr_2024_final.pdf
- Naciones Unidas (2024). World Population Prospects 2024. <https://population.un.org/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Making health services adolescent-friendly: Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2025). WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low- and middle-income countries, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104105>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61728>
- Organización Panamericana de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *No Time to Lose: Health Challenges for Adolescents in Latin America and the Caribbean*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56441>
- Robledo, P. (2019). Impacto en desarrollo en adolescentes en vulnerabilidad social. *Cuadernos médico sociales*, 59(3-4), 43-55. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/218>
- Rodríguez, C. (2021). Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Pan American Journal of Public Health*. 45:e144. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>
- Rodríguez, J. (2025). Políticas de Población en América Latina y el Caribe: Salud reproductiva y prevención del embarazo en la adolescencia". Fondo de Población de las Naciones Unidas (Coord.). *Dossier Políticas de Población en América Latina y el Caribe*, 31-43.
- Rodríguez, J. (2024). *¿Están funcionando las políticas?: acceso a la salud sexual y reproductiva, espacios amigables y especializados, y baja de la fecundidad adolescente en países de América Latina?*, Anales del XI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), <https://proceedings.science/alap/alap-2024/trabajos/estan-funcionando-las-politicas-acceso-a-la-salud-sexual-y-reproductiva-espacios?lang=es>
- Rodríguez, J. (2017). *Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos*. CEPAL, Serie Población y Desarrollo, (119) (LC/TS.2017/92).

- Rodríguez, J. (2014). *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010*, CEPAL, Serie Documentos de Proyectos (LC/W.605).
- Rodríguez, J. y Pozo, A. (2020). El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: Antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades. Instituto Nacional de la Juventud de Chile, <https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/estudioembarazo.pdf>
- Rodríguez, J. y San Juan, V. (2020). Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud: continuidad y cambio en América Latina. CEPAL, Serie Población y Desarrollo, (131) (LC/TS.2020/89).
- Rodríguez, J., Di Cesare, M. y Páez K. (2017), Reproducción temprana. Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia, Santiago, CEPAL, Serie Población y Desarrollo, (117) (LC/TS.2017/36).
- Secretaría de Gobernación de México. (2017). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes Informe 2017. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344640/InformeEjecutivo2017.pdf>
- Secretaría de Gobernación de México. (2024). Segunda fase de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021-2024. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/segunda-fase-documento-marco-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-2021-2024>
- Servicio de Investigación del Congreso de los Estados Unidos. (2025, 14 de agosto). Teen Births in the United States: Overview and Recent Trends. <https://www.congress.gov/crs-product/R45184>
- Sosa, I., Menkes, C. y Velázquez, M. (2023). Embarazo adolescente, desigualdad social y proyecto de vida en adolescentes de Morelos. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales, 3(1), 1–28. <https://doi.org/10.48102/if.2023.v3.n1.248>
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D. y Bajos, N. (2006). Sexual behaviour in context: A global perspective. *The Lancet*, 368(9541), 1706-1728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69479-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69479-8)

Anexo A1

Cuadro A1.1
Espacios amigables para adolescentes: información de países de América Latina

País	Nombre	Vinculación con políticas, estrategia o programas de prevención de embarazo adolescente	Organismo(s) a cargo	Líneas de acción (resumen)	Cantidad (última fecha disponible)	Vinculo(s) disponibles
Argentina	Servicios Amigables de Atención de Adolescentes y Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias (ASIE)	Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA)	Ministerio de Salud	Consultas por anticoncepción y dudas del estado de embarazo. Consejería. y orientación en opciones frente a un embarazo no planificado. Ideación, e intento de suicidio. Conductas agresivas; crisis de angustia; ataque de pánico. Episodio psicótico agudo (alteración de la sensopercepción, ideación delirante). Situaciones de violencia y/o sospecha de abuso sexual. Intoxicación aguda por sustancias (alcohol y drogas). Metrorragia y cualquier otra consulta por patología orgánica aguda de urgencia.		https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento108.pdf
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Programa de Atención Integral de Adolescentes (AIDA)	Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud; Plan estratégico nacional de salud sexual y salud reproductiva; Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes	Ministerio de Salud y Deportes	Promoción, prevención y servicios integrales diferenciados con énfasis en la identificación de factores de riesgo, uso responsable de métodos anticonceptivos modernos, prevención de ITS-VIH, prevención de violencias, nutrición, salud mental y género e interculturalidad. Información, orientación y apoyo para ejercer derechos sexuales y derechos reproductivos, prevenir violencia en todas sus formas, prevenir el embarazo en la adolescencia, las ITS-VIH. Derivación oportuna a especialidades en caso necesario como odontología, endocrinología (problemas hormonales, de metabolismo y problemas nutricionales, entre otros). Actividades relacionadas con las unidades educativas referidas a educación integral en sexualidad.	362 (2024)	https://www.minsalud.gob.bo/8323-ministerio-de-salud-certifica-115-establecimientos-por-implementar-servicios-de-atencion-integral-de-adolescentes-aida

País	Nombre	Vinculación con políticas, estrategia o programas de prevención de embarazo adolescente	Organismo(s) a cargo	Líneas de acción (resumen)	Cantidad (última fecha disponible)	Vinculo(s) disponibles
Chile	Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes	Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Chile); Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (Comunidad Andina)	Ministerio de Salud	Las prestaciones que se realizan son: control de salud Integral, atención por demanda espontánea y atención programada priorizándose prestaciones de consejerías en temáticas de salud sexual y reproductiva, regulación de la fertilidad, ITS/VIH, ingreso a control de regulación de fecundidad y consulta de salud mental e intervenciones preventivas. Además se desarrollan actividades de participación social y comunitaria, cuyo vínculo principal es con establecimientos educacionales y otros espacios de la comunidad, con la finalidad de fortalecer acciones preventivas y promocionales con los y las adolescentes.	375 (2025)	https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-a-la-comunidad-salud-joven-y-adolescente/
Costa Rica	Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA). En este se enmarcan los Servicios Amigables y Diferenciados para Adolescentes.	Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia; Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)	Caja Costarricense del Seguro Social	Relacionado con la promoción de la salud integral, acceso a la salud y a la seguridad social, salud sexual y reproductiva educación para la salud, y prevención y atención del VIH/Sida. Con este Programa se pretende estructurar servicios amigables para adolescentes, realizando acciones no solo de atención de la morbilidad, sino también de promoción de la salud y de prevención, con una perspectiva interdisciplinaria y en diferentes escenarios (de salud, educativo, laboral, comunitario y domiciliario). Los problemas que se abordan son de diversa índole porque tienen relación con las necesidades de salud biopsicosociales de esta población, considerando como ejes prioritarios: el crecimiento y desarrollo, la salud mental, la salud sexual y reproductiva, los estilos de vida saludable, la violencia y las adicciones.		https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/paia.pdf

País	Nombre	Vinculación con políticas, estrategia o programas de prevención de embarazo adolescente	Organismo(s) a cargo	Líneas de acción (resumen)	Cantidad (última fecha disponible)	Vinculo(s) disponibles
Cuba	Servicios de planificación familiar para adolescentes	Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia	Ministerio de Salud Pública	Información y orientación sobre métodos anticonceptivos. Uso de métodos anticonceptivos seguros, con predominio de los de larga duración y alta eficacia. Identificación del riesgo reproductivo preconcepcional y la implementación de acciones para su modificación. Oferta de un paquete de servicios para la identificación de otros problemas de salud sexual y reproductiva: malestares de la sexualidad, atención a la pareja infértil, a las manifestaciones de violencia, cáncer del aparato reproductor, entre otros.	408 (2024)	https://cuba.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Manual%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20SSR%20en%20la%20adolescencia.pdf
Ecuador	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes	Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes; Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Ministerio de Salud Pública	Información, orientación, asesoría y atención integral por parte de personal capacitado y especialmente sensible a necesidades de adolescentes. Prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados, a través del diálogo con las y los profesionales que brindan asesoría personalizada.	1 265 (2025)	https://www.salud.gob.ec/que-es-un-servicio-amigable-para-adolescentes/
El Salvador	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (a veces también llamados Clínicas Amigables para Adolescentes)	Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva; Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención de Embarazado en niñas y adolescentes	Ministerio de Salud	Consejería en diversos temas incluida la prueba de VIH, control de adolescentes sanos, consulta médica general, atención a la violencia en sus diferentes formas, anticoncepción, anticoncepción de emergencia, atención de pacientes con ITS, atención integral a personas con VIH control prenatal, atención del parto, toma de PAP, autoexamen de mamas, atención salud bucal, salud mental, entre otros. Oferta de servicios colectivos, en la cual se organizan, grupos de autoayuda y educación para la salud. Organización de servicios extramurales, comprende la realización de actividades de promoción de la salud, trabajo entre pares, estrategias educativas de prevención con padres y madres de familia como familias fuertes, sin daños a terceros otros. Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación, orientación, identificación y clasificación según riesgos, que garanticen la continuidad y adherencia a los mismos.	109 (2022)	https://s3.us-east-2.amazonaws.com/cdn.miraquetemiro.org/Estrategia-de-Servicios-Amigables--El-Salvador_2015_ba93f3628b07bb4374f597e38b835455.pdf

País	Nombre	Vinculación con políticas, estrategia o programas de prevención de embarazo adolescente	Organismo(s) a cargo	Líneas de acción (resumen)	Cantidad (última fecha disponible)	Vinculo(s) disponibles
Guatemala	Espacios Amigables para Adolescentes y Jóvenes; Clínicas de Atención Integral a la Adolescencia	Programa de Salud Reproductiva del MSPAS; Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PLANEA)	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Informar, educar, prevenir e implementar metodologías participativas dirigidas a adolescentes y jóvenes, para que se identifiquen factores de riesgo, se fortalezcan factores protectores, se planteen proyectos de vida, ayudar a la toma de decisiones asertivas y que se practique un estilo de vida saludable. Prevenir los embarazos en adolescentes, a través de la capacitación en temas de educación integral en sexualidad y prevención de violencias. Se busca empoderar a los adolescentes en temas que inciden en su desarrollo integral, como los siguientes: hábitos de higiene; bienestar emocional; autoestima; prevención de embarazos; deschatarrización y para que sean actores activos en el ejercicio y demanda de sus derechos. Posibilitar una atención integral de los servicios de salud física y de salud mental.	375	https://osarguatemala.org/PNSR/Normativa/Componente%20EIS/Guia-para-la-Implementacion-y-Funcionamiento-de-los-espacios-amigables.pdf
Honduras	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes (SSAA, también llamados Servicios Amigables para Adolescentes)	Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente.	Secretaría de Salud	Acceso a anticonceptivos en un ambiente de confianza y confidencialidad. Ofrecimiento de información detallada sobre cada tipo de método y entrega gratuita del método preferido. Atención integral mediante una cartera de servicios diferenciados y especializados, tales como: odontología, trabajo social, psicología, psiquiatría, medicina general, orientación, consejería y salud mental, orientada a la mejora de la autoestima y la afectividad en las relaciones y al fortalecimiento de sus proyectos o plan de vida. Apoyo al autocuidado y la referencia (contrarreferencia a todos los sistemas de salud) y en ocasiones a otros servicios sociales, de acuerdo con las necesidades y la complejidad de la atención requerida, además de la promoción de los servicios.	53	https://honduras.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_2020_version_web_compressed.pdf

País	Nombre	Vinculación con políticas, estrategia o programas de prevención de embarazo adolescente	Organismo(s) a cargo	Líneas de acción (resumen)	Cantidad (última fecha disponible)	Vinculo(s) disponibles
México	Servicios Amigables para Adolescentes	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)	Secretaría de Salud	Proporcionan información, orientación, consejería, atención médica, atención psicológica, dotación de métodos anticonceptivos, entre otros. En caso de necesitar atención especializada, cada servicio tiene una red de referencia a otras unidades y centros especializados. Enfoque integral de la salud, incluyendo por lo menos detección y referencia a servicios de atención de salud mental, obesidad y otros desórdenes metabólicos o alimenticios, prevención de adicciones, prevención, detección y atención a la violencia familiar y de género.	3 283	https://www.gob.mx/salud/es/articulos/servicios-amigables-para-adolescentes-277747?idiom=es
Nicaragua	Servicios de salud para adolescentes (o Servicios en salud para adolescentes)	Plan Nacional de Salud	Ministerio de Salud	Promover los derechos de los y las adolescentes. Consejería sobre salud sexual y reproductiva: Promoción de la abstinencia sexual en los adolescentes, conocimiento de sexualidad, autoestima, identidad, asertividad, proyecto de vida (Club de Jóvenes, escuela de Padres) y comunicación. Difusión y entrega de materiales informativo y educativo. Promoción de actividades deportivas. Consejería y planificación familiar. Consejería y planificación familiar post evento. Educación a los padres sobre el crecimiento, desarrollo y sexualidad. Identificación y seguimiento de adolescentes con factores de riesgo (ITS, Maltrato, VIF) con apoyo de las redes comunitarias y otras instituciones. Exámenes siquiátricos. Prevención de Maltrato y Abuso. Manejo sintomático de las ITS, VIH/SIDA. Atención de violencia intrafamiliar, maltrato y abusos. Referencia al segundo nivel de atención si el caso lo amerita.	22	https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2022-10/Modulo%20I.pdf

País	Nombre	Vinculación con políticas, estrategia o programas de prevención de embarazo adolescente	Organismo(s) a cargo	Líneas de acción (resumen)	Cantidad (última fecha disponible)	Vínculo(s) disponibles
Panamá	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes (SSAA)	Programa Materno Infantil de la Caja de Seguridad Social; <i>Estrategia Nacional e Intersectorial de prevención y atención al embarazo en niñas y adolescentes</i>	Ministerio de Salud (algunos SSAA son administrados por la Caja de Seguro Social)	Atención de salud integral, orientación, consejería y educación. Promoción de habilidades para la vida, desarrollo de proyectos, prevención del embarazo no deseado, del VIH, de la violencia, del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Educación y prevención en temas como el embarazo en adolescentes, todo tipo de violencia y consumo de drogas y otras adicciones.	130	https://bienestar.minsa.gob.pa/2024/10/08/servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-ssaa/
Paraguay	Servicios de Salud Integrales para Adolescentes	Plan Nacional de Salud Adolescente	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Asistencia médica de salud integral. Asistencia médica de salud sexual y reproductiva: Atención de prenatal, parto y puerperio, prevención del segundo embarazo, oferta de anticonceptivos, prevención y atención de ITS y VIH. Orientación y consejería. Actividades de Información, Educación y Comunicación. Promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo. Atención en Salud Sexual y reproductiva incluyendo la oferta de anticonceptivos. Detección, atención de adolescentes con historia de abuso y violencia sexual, explotación sexual y/o laboral, violencia doméstica y social. Vacunación. Coordinación interinstitucional y sectorial para planificar acciones en favor de los adolescentes. Provisión de medicamentos. Servicios auxiliares de diagnóstico. Orientación Psicológica e intervención en crisis. Intervención y acompañamiento psicosocial. Implementación de otros programas de apoyo. (Aulas hospitalarias, albergues y otros)	103	https://www.mspbs.gov.py/atencion-integral-adolescentes.html
Perú	Servicios de Salud Diferenciados para la Atención Integral a Adolescentes (también llamados Servicios Diferenciados para Adojescentes, o Servicios de Salud Diferenciados para Adolescentes)	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia; Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente	Ministerio de Salud	Equipo multidisciplinario ofrece servicios de orientación y consejería integral, evaluación integral de crecimiento y desarrollo salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal, prevención y tratamiento de morbilidad prevalente, según el PEAS, y según capacidad resolutive; consulta externa, emergencia y hospitalización diferenciada. Pueden brindar talleres formativos y animación, socio cultural. Incluye acceso a métodos anticonceptivos.	2 275	https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/401914/diptico.pdf

País	Nombre	Vinculación con políticas, estrategia o programas de prevención de embarazo adolescente	Organismo(s) a cargo	Líneas de acción (resumen)	Cantidad (última fecha disponible)	Vinculo(s) disponibles
República Dominicana	Servicios de Atención Integral de Adolescentes	Plan Nacional para la Reducción de Embarazos en Adolescentes; Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Consulta clínica. Consejería. Consulta individual en salud mental o trabajo social. Consulta familiar en salud mental o trabajo social. Terapia grupal en salud mental. Grupo de autoaprendizaje. Consulta domiciliaria. Provisión de métodos anticonceptivos	109	https://s3.us-east-2.amazonaws.com/cdn.miraquetemiro.org/Plan_Estrategico_Salud_Integral_Adolescentes_2010-15_073ff0d067fcff2af163ea6a9d435559.pdf
Uruguay	Servicios de Salud para Adolescentes	Estrategia Intersectorial Para la Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes; Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y Juventud	Ministerio de Salud Pública; Administración de los Servicios de Salud del Estado	Controles integrales de salud de usuarios adolescentes (mujeres y varones). Promoción de salud, en articulación con centros educativos, deportivos, sociales, comunitarios. Seguimiento de las situaciones que lo requieran. Participación en redes interinstitucionales y nodos temáticos. Énfasis en los problemas de salud priorizados por el Ministerio de Salud Pública para esta franja etaria: consumo de sustancias, autoagresiones, sobrepeso/obesidad, siniestralidad vial, embarazo no intencional, y todas las formas de violencia. Abordaje integral y oportuno de la salud sexual y la salud reproductiva incluido el proceso de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).	58	https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/8896
Venezuela (República Bolivariana de)	Espacios Diferenciados de Atención Integral a la Población Adolescente (también llamados Espacios Amigables para la Atención Integral y Diferenciada a las y los Adolescentes, o también Consultas Diferenciadas para Adolescentes)	<i>Plan Nacional para la Prevención del Embarazo a Temprana Edad y en la Adolescencia (PRETA)</i>	Ministerio del Poder Popular para la Salud; Ministerio del Poder Popular para la Educación	Adolescentes pueden acudir libremente para recibir atención en salud, orientación y consejería. Incluye seguimiento y control en salud, con la frecuencia que corresponda (Tarjeta Médica-Odontológica). Los espacios diferenciados cuentan con métodos anticonceptivos, modernos y los más adecuados para la población adolescente. Servicios ofrecidos en la inauguración de una Consulta Diferencia para Adolescentes: ginecología, citología, pesquisa de diabetes, colocación de DIU y retiro del mismo, además, hubo sesión educativa en materia de planificación familiar, entre otros.	110	https://venezuela.unfpa.org/es/publications/gu%C3%ADa-para-la-implementaci%C3%B3n-del-modelo-de-espacio-diferenciado-de-atenci%C3%B3n-integral-la https://minmujer.gob.ve/minmujer-realiza-primer-reunion-del-vertice-proteccion-del-plan-preta/

Fuente: Elaboración propia.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

Población y Desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

- 142. La gran reducción de la fecundidad en la adolescencia en América Latina: el papel de los acuerdos internacionales, las políticas basadas en datos y la participación de adolescentes, Jorge Rodríguez Vignoli (LC/TS.2025/109), 2025.
- 141. Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en los censos de población y vivienda de la ronda 2020: estándares normativos y técnicos, avances y retos para la medición en América Latina, Fabiana Del Popolo (LC/TS.2025/91), 2025.
- 140. Impactos económicos del envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades, Simone Cecchini, Pablo Comelatto, Raúl Holz, Seongji Kang y Yaël Paes (LC/TS.2025/50), 2025.
- 139. Cambios a mediano plazo en los movimientos poblacionales internos de los países de América Latina: los efectos de la pandemia de COVID-19, Francisco Rowe, Carmen Cabrera-Arnau, Miguel González-Leonardo, Andrea Nasuto y Ruth Neville (LC/TS.2024/71), 2024.
- 138. El futuro del envejecimiento: opciones de política pública, Zulma Sosa, Jóna Gunnarsson y Cecilia E. González Rodríguez Villamil (LC/TS.2022/179), 2022.
- 137. Manual para la aplicación de los métodos de distribución de defunciones, Helena Cruz Castanheira y José H. C. Monteiro da Silva (LC/TS.2022/107), 2022.
- 136. Nuevas herramientas y análisis sobre segregación residencial socioeconómica, migración interna y movilidad cotidiana en Costa Rica, Guatemala y el Perú, 1980-2018, Jorge Rodríguez y Alexandra Martínez (LC/TS.2021/152), 2021.
- 135. Demographic transition and achieving the SDGs in Latin America and the Caribbean: a regional overview of the National Transfer Accounts, Marta Duda-Nyczak (LC/TS.2021/146), 2021.
- 134. Las estadísticas de nacimientos y defunciones en América Latina con miras al seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Fabiana Del Popolo y Guiomar Bay (coords.) (LC/TS.2021/48), 2021.
- 133. Métodos analíticos para evaluar la completitud y la calidad del registro de las defunciones: estado actual de los conocimientos, Kenneth Hill (LC/TS.2021/11), 2021.

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Números publicados:

- 142 La gran reducción de la fecundidad en la adolescencia en América Latina
El papel de los acuerdos internacionales, las políticas basadas en datos y la participación de adolescentes
Jorge Rodríguez Vignoli
- 141 Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en los censos de población y vivienda de la ronda 2020
Estándares normativos y técnicos, avances y retos para la medición en América Latina
Fabiana Del Popolo
- 140 Impactos económicos del envejecimiento en América Latina y el Caribe
Desafíos y oportunidades
Simone Cecchini, Pablo Comelatto, Raúl Holz, Seongji Kang y Yaël Paes



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org

Acceso a la versión digital



<https://bit.ly/CEPAL2025-109S>