



INJUV    
PRO

INJUV.fm ahora es INJUV Pro

[Podcasts y videos donde tú eres el protagonista]

Opinión, historias, talento, música, influencers, voluntariado y mucho más en tus plataformas favoritas. Te invitamos a conocer los contenidos y a seguirnos en nuestras redes sociales.

ENCUÉTRANOS EN:



YouTube



Spotify



Instagram



Radio



Facebook



INJUV
Ministerio de
Desarrollo Social
y Familia

Chile
en marcha

Gobierno de Chile



Editorial

ACERCANDO LAS POLÍTICAS PÚBLICAS A LOS JÓVENES

MIRKO SALFATE YUTRONIC
 Director Nacional del Instituto Nacional de la Juventud
 @mirkosalfate

¿Qué funciona y qué no cuando hablamos de acercar las políticas públicas a los jóvenes? Así se llama un informe de 2008 de la Youth Policy Org, una organización internacional dedicada a crear políticas públicas y asesorar a los tomadores de decisiones que trabajen en temáticas de juventud.

Sus resultados son categóricos. El trabajo en islas y el uso de distintas definiciones de “juventud” no funcionan. En tanto, la coordinación de servicios intergubernamentales y el trabajo enfocado a las juventudes como un todo sí sirven.

Pese a que el informe fue elaborado hace más de una década, aún tiene mucho sentido cuando se lleva a la práctica. Un ejemplo de eso es la “Unidad móvil de test rápido de VIH”, una política que impulsamos desde el Instituto Nacional de la Juventud junto al Servicio de Salud Metropolitano Occidente y la Seremi Metropolitana de Salud, además de Organizaciones de la Sociedad Civil como Chile Positivo.

En primer lugar, identificamos el problema: los jóvenes no acuden a los consultorios o centros de atención de salud para realizarse el test de VIH, que corresponden a los espacios en donde estos exámenes se entregan de manera gratuita. ¿Qué hicimos entonces? Convertimos una política intra-muro en una extra-muro, llevando el servicio de test de VIH a espacios abiertos y de mayor concurrencia juvenil a través de un dispositivo móvil.

Desde INJUV mapeamos una serie de espacios tanto en la Región Metropolitana como en la de Coquimbo y Valparaíso durante el verano. El objetivo fue dirigirnos a las distintas juventudes del país, por lo que el camión terminó recorriendo playas, museos, terminales de buses, barrios universitarios y plazas, entre otros.

¿El resultado? En palabras del doctor Francisco Miranda, director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, “en 35 centros de Salud Familiar, en tres meses, hicimos cerca de 2.500 exámenes, sin embargo, con este dispositivo, en 16 oportunidades realizamos la misma cantidad, sólo en un mes”.

Desde fines de diciembre hasta la fecha ya hemos hecho más de 9.000 test rápidos de VIH a través de un trabajo territorial que se enfocó en 66 puntos de las tres regiones del país en donde se ha implementado. Todo esto gracias al trabajo colaborativo entre distintos organismos del Estado y una visión en común sobre lo diversas y valiosas que son las juventudes en Chile. Junto al test, se hizo distribución de condones masculinos y femeninos, además que se implementó una estrategia de educación sexual franca, cercana y pertinente para los jóvenes.

Junto a los sondeos y seminarios que hemos hecho respecto al tema, el camino que hemos recorrido nos integra de manera más permanente a la política de VIH que lleva el MINSAL, por lo que esperamos seguir avanzando para llegar a más jóvenes y ampliar nuestra política de prevención.

Contenidos

02 PRESENTACIÓN

Introducción y Autores Colaboradores.

05 ARTÍCULO

La Salud Sexual y Reproductiva en Latinoamérica y el Caribe.

12 ARTÍCULO

Sexualidad y Salud Sexual en Adolescentes y Jóvenes en Chile.

18 COLUMNA

Fundación Chile Positivo y su mirada sobre la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes.

20 COLUMNA

La voz de las y los jóvenes.



REVISTA RT – INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD

Esta es una publicación periódica del Programa Observatorio de Juventud del Departamento de Planificación y Estudios.

(*) Pese a que en ciertas ocasiones se escriba en género masculino, el lenguaje utilizado en el texto refiere al género en su sentido amplio.

Director Nacional: Mirko Salfate Y.

Subdirectora Nacional: María Jesús Jaqueih E.

Comité Editorial: Ramiro García S., Constanza Nuñez Q., Rodolfo Westhoff M., Marcos Barretto M., Ignacio Becker B., Jorge Rodríguez R., José Tomás Valdés E., Soledad González V.

Editor General: Jorge Rodríguez R.

Asesoría Gráfica: Luis León S.

Diseño, Diagramación e Impresión: Simple Comunicación.

Periodistas: Ramiro García S., Rodolfo Westhoff M.; Constanza Nuñez Q.

Colaboradores: Marcos Barretto M., Bernardita Crisóstomo U., Francisca Lisboa S., Gabriela Pérez K., María Gabriela Evans E., Dafnee Venegas S., Felipe Esbir G., Ángela Venegas Á.

Fotografía: Christian Lemus R., Sergio Pavez P.

Instituto Nacional de la Juventud
 Gobierno de Chile.
 Agustinas 1564,
 Santiago Centro.
 Fono: (56-2) 26204700
 www.injuv.gob.cl



Introducción

La edición número 29 de la Revista RT del Instituto Nacional de la Juventud de Chile, primera del año 2019, tiene como principal novedad el cambio de foco de la revista.

A diferencia de las ediciones anteriores, a partir del presente número la revista tendrá dos objetivos:

- 1) ser una fuente de información útil para toda persona u organización que esté interesada en las juventudes de nuestro país; y
- 2) Ser un espacio de difusión de las diferentes visiones que existen en la sociedad civil sobre la temática. En términos generales, habrá cabida para escritos académicos, más asociados a la teoría del fenómeno, como también a columnas escritas por fundaciones u organizaciones que narren su perspectiva a partir del trabajo práctico que realizan con los y las jóvenes de

nuestro país. También habrá lugar para que la misma población joven exprese sus ideas y opiniones respecto a la temática que se aborda en cada revista.

El tema para esta edición es la “Salud Sexual y Reproductiva” de las juventudes, la cual será tematizada de la siguiente manera: un primer artículo que abordará la situación de la salud sexual y reproductiva de las juventudes a nivel regional (Latinoamérica y El Caribe). Este escrito fue elaborado por el Área de Estudios del Instituto en colaboración con Heidi Ullmann, la encargada en temas de juventud para CEPAL. Un segundo artículo que se centrará en las cifras de este

fenómeno en Chile. Esta sección fue redactada por la Dra. Adela Montero, Gineco-obstetra, con especialidad en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, además de Magíster en Bioética. Actualmente es directora de Cembra, Unidad Académica de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Una columna de opinión escrita por Iancu Cordescu de la Fundación Chile Positivo, institución que busca educar a la población de forma integral e inclusiva sobre VIH. Otra columna de opinión escrita por Teresita Eguiguren, joven que trabaja en la Fundación Soymas y que expresará su opinión respecto a la temática desde su posición de mujer joven. 

Autores colaboradores



ADELA MONTERO

Dra. Gineco-obstetra, con especialidad en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, además de Magíster en Bioética. Actualmente es directora de Cembra, Unidad Académica de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, que tiene como misión generar, desarrollar, integrar y comunicar a la comunidad académica y a la sociedad en general, el conocimiento y la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva de la adolescencia, asumiendo con vocación la formación de profesionales en esta área.

técnica a los países de la región en el diseño y la implementación de políticas públicas en pro de los derechos y la inclusión de estas poblaciones. Antes de unirse a las Naciones Unidas en 2012, ocupó diversos cargos en el mundo académico y en organizaciones no gubernamentales haciendo investigación y análisis de políticas. Heidi es maestra en salud pública de la Universidad de Columbia y doctora en asuntos públicos con énfasis en demografía de la Universidad de Princeton.

con el estigma social y la discriminación hacia las personas que viven con él.

Se pretende ser líderes sociales reconocidos nacional e internacionalmente por nuestro trabajo en VIH, fomentando el respeto y la dignidad de las personas.



IANCU CORDESCU
FUNDACIÓN CHILE POSITIVO

Director Ejecutivo de la Fundación Chile Positivo. Autor y Coordinador del Equipo de investigación del "Análisis de la legislación y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva y VIH en América Latina" para el grupo inter-agencial de Juventud de las Naciones Unidas (ONU-Lacro), estudio presentado en Salvador de Bahía, Brasil (2014).

La Fundación Chile Positivo se ha propuesto educar a la población de forma integral e inclusiva sobre VIH, promoviendo la prevención, la realización habitual del examen y el diagnóstico temprano, generando, de esta manera, un cambio en la percepción que la sociedad tiene sobre el virus, que termine



TERESITA EGUIGUREN

Psicóloga con mención Infanto-Juvenil de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Durante su época universitaria fue ayudante de diversos ramos de la Escuela de Psicología. Realizó su práctica profesional en Psicología Clínica durante todo el año 2016 en COSAM Pudahuel atendiendo en psicoterapia a jóvenes, así como también participando activamente en el programa de Violencia Intrafamiliar del mismo centro. Desde septiembre de 2017 es parte estable del equipo psicosocial de la Fundación Soymás, institución que se dedica a darle apoyo integral a madres adolescentes del sector sur de Santiago. Se desempeña ejerciendo labores desde el ámbito clínico y comunitario de la psicología, realizando tanto intervenciones individuales con las jóvenes, así como también liderando talleres de Terapia de Grupo, Proyecto de Vida y Habilidades para la Vida. Junto con esto, está a cargo de acompañar a las usuarias en los temas vinculados a lo judicial- legal. Actualmente es tutora de un generación de 20 adolescentes.



HEIDI ULLMANN

Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de CEPAL, donde se especializa en el análisis de la situación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe. Es la punto focal en temas de juventud para la CEPAL. Como parte de su trabajo, realiza investigaciones y brinda asistencia

Reporte Unidad Móvil Test Rápido VIH



66
OPERATIVOS
REALIZADOS



10.249

TEST REALIZADOS ENTRE
DICIEMBRE 2018 Y ABRIL 2019

3
REGIONES
INTERVENIDAS

27
COMUNAS



REGIÓN METROPOLITANA



*TEST REALIZADOS, DICIEMBRE 2018 362,
ENERO 2019 2.043, ABRIL 2019 2.801,
MARZO 2019 1.464.

REGIÓN DE COQUIMBO



*TEST REALIZADOS, FEBRERO 2019.

REGIÓN DE VALPARAÍSO



*TEST REALIZADOS, FEBRERO 2019.

PUNTOS DE REALIZACIÓN



BALNEARIOS



ESPACIOS
PÚBLICOS



LUGARES DE
ESTUDIO



INSTITUCIONES



PLAZAS PÚBLICAS



PARQUES



PLAYAS



El presente texto se hizo en colaboración con Heidi Ullmann, experta en juventud de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) a quien se entrevistó para analizar la panorámica regional de América Latina y el Caribe en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en general, y los y las adolescentes (15 a 19 años) en particular. Se dividirá de la siguiente manera: en primer lugar, se presentarán datos a nivel regional sobre los principales indicadores de salud sexual y reproductiva en la región, luego se analizarán las variables y determinantes próximos asociados a la salud sexual y reproductiva, para finalizar con los principales desafíos que tienen las políticas públicas en nuestra región.

PRINCIPALES INDICADORES ASOCIADOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Diversos son los indicadores que miden la salud sexual y reproductiva. Los más frecuentemente utilizados, que miden los nacimientos en relación a las adolescentes, son la tasa de fecundidad adolescente y el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres. El primero corresponde al número de nacimientos que han tenido mujeres jóvenes de 15 a 19 años (para el caso de la adolescencia), dividido por el total de mujeres dentro del mismo tramo etario. Su fórmula de cálculo es ponderada por mil, lo cual entrega el número de nacimientos de madres de 15 a 19 años por cada 1000 mujeres de la misma edad. El segundo indicador da cuenta del porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, es decir el total de madres de la edad dividido por el total de mujeres de la misma edad (Rodríguez, 2014). Ambos indicadores están correlacionados, sin

embargo existen diferencias importantes entre ambos. En primer lugar, la tasa de fecundidad da cuenta de los nacimientos dentro del período de un año de referencia, a diferencia del porcentaje de mujeres madres que refiere a la trayectoria de la mujer y su ingreso a la maternidad. También es importante considerar que el segundo indicador solo refiere a si la mujer tuvo o no un hijo, y no a cuántos hijos ha tenido. Por último, es importante considerar que para el porcentaje de maternidad la cifra aún no está “acabada”, en el sentido de que, por ejemplo, mujeres con 16 años al momento de la encuesta aún pueden llegar a tener un hijo en la adolescencia. Solo se tendrá un panorama concreto respecto a la probabilidad de tener un hijo en la adolescencia cuando se vea este porcentaje una vez que se acaba la adolescencia, o sea, al ver la cifra de mujeres que acaban de cumplir 20 años que fueron madres.

Además de estos dos indicadores, existen otros, varios de ellos asociados a las denominadas variables intermedias de la fecundidad (Bongaarts, 2015), que captan comportamientos asociados a la salud sexual y reproductiva como lo son la edad de inicio de la actividad sexual, la unión, el uso de anticonceptivos o el aborto, entre otros. Es importante notar que estas variables intermedias o próximas son las que aumentan o reducen la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia. Estos indicadores serán examinados más adelante en este texto.

¿CUÁL ES EL PANORAMA EN CUANTO A LA TASA DE FECUNDIDAD Y EL PORCENTAJE DE MADRES EN LA REGIÓN?

Según los datos más actualizados de la División de Población de las Naciones

Para el período 2010-2015 la tasa de fecundidad adolescente en América Latina era 66 nacimientos anuales por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, siendo la segunda más alta a nivel mundial, solo superada por África.

Unidas¹, para el período 2010-2015 la tasa de fecundidad adolescente en América Latina era 66 nacimientos anuales por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, siendo la segunda más alta a nivel mundial, solo superada por África (en África Central, por ejemplo, la tasa de fecundidad es de 139 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). Esta cifra de América Latina es muy superior a lo que se esperaría en la región dado su desarrollo económico y social (como el nivel de educación de las mujeres, el nivel de urbanización, entre otros aspectos). De hecho a nivel mundial, la tasa de fecundidad adolescente es de 46 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años, por lo cual América Latina registra la paradoja de tener una fecundidad total menor que el promedio mundial, pero una fecundidad adolescente bastante mayor que el promedio mundial.

1. Todos los datos fueron extraídos de <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>.

Centroamérica presenta tasas un poco más elevadas que Sudamérica (69 versus 65 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). “Si se desagregan estos datos por país, se observa que Nicaragua y Panamá son los países con las mayores tasas de fecundidad adolescente en América Central con 93 y 97 por 1000, respectivamente. En El Caribe, es República Dominicana con 100, mientras que en América del Sur, son Guyana con 90 y Venezuela con 88”.

Las proyecciones para el período actual (2015-2020), en la variante denominada “media”, indican que esta cifra bajaría a 61 en la región, llegando a 55 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes en el Caribe, a 63 en Centro América y a 61 en Sudamérica.

Dentro de los otros segmentos etarios de la juventud (20 a 24 años y 25 a 29 años), nuevamente nuestra región se encuentra en el segundo lugar, solo superada por África.

Respecto al segundo indicador referido al porcentaje de adolescentes que han sido madres, las cifras sistematizadas por CEPAL en su base de datos MATERNILAC, basadas en los Censos de cada país, dan cuenta que un 12,6% de las adolescentes son madres en la región². Aquí nuevamente República Dominicana y Nicaragua son los países con el mayor porcentaje de madres adolescentes bordeando el 20%. Chile, por su parte,

2. Para calcular este porcentaje CEPAL se basó en los datos de los últimos Censos de los siguientes países: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de). La mayoría de ellos son datos entre 2010 y 2012, sistematizados por CEPAL en su base de datos MATERNILAC (Maternidad en América Latina y El Caribe extraído en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e.

Gráfico N°1. Tasa de Fecundidad Países de Latinoamérica y El Caribe en el período 2010-2015.

Fuente: División de población de las Naciones Unidas, extraídos en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>

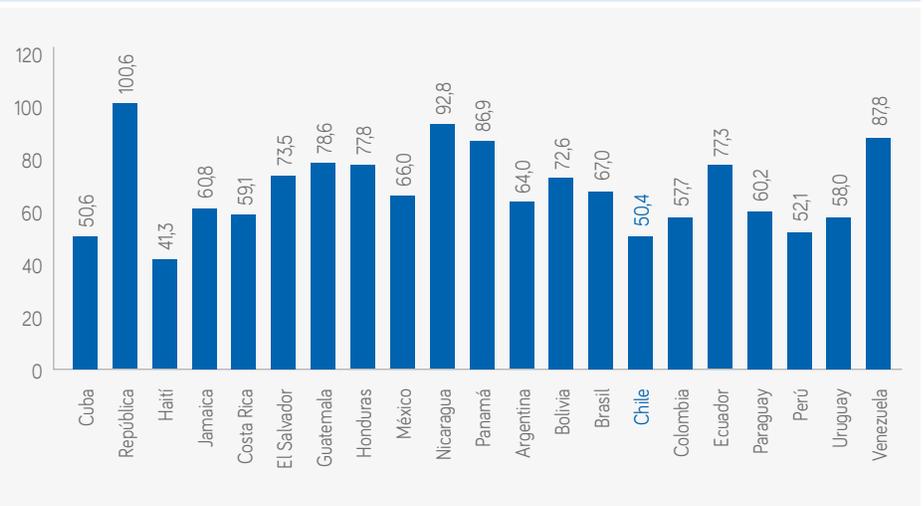
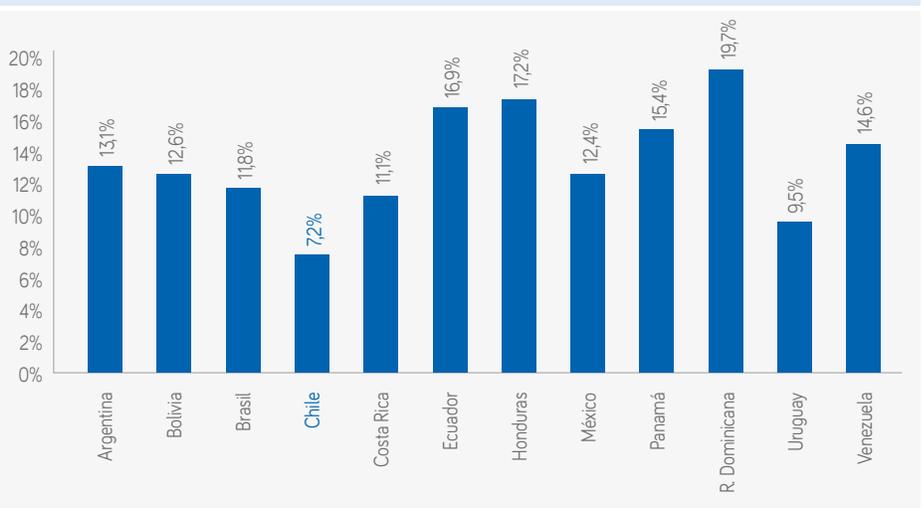


Gráfico N°2. Porcentaje de madres adolescentes década 2010

Fuente: base de datos MATERNILAC de Naciones Unidas. Extraído en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e



presenta cifras bastantes más bajas que el promedio, llegando a un 7,2%.

Estos datos a nivel nacional, sin embargo, ocultan un alto grado de heterogeneidad al interior de los países. Cuando se apunta el foco y se analizan estas tasas dentro de los diferentes

grupos (estratos socioeconómicos, por condición étnica y racial, zona de residencia urbana o rural) de la sociedad, se observa que el embarazo adolescente está altamente asociado a situaciones como la pobreza. En ese sentido, cabe reiterar que las adolescentes madres y/o embarazadas tienen más probabilidades

de tener trayectorias con discontinuidad educacional y desventajas laborales, lo cual genera una mayor presencia femenina en las labores domésticas y en trabajos precarios, contribuyendo a una transmisión inter-generacional de la pobreza. Esto se acentúa entre mujeres pobres e indígenas (Céspedes y Robles, 2016). En este contexto es que Ullmann explica que el fenómeno de la fecundidad en la adolescencia no está solo ligado al desarrollo económico de nuestras sociedades, sino que también es un problema de desigualdad y de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, evidenciando una vulneración de derechos en ese sentido, sobre todo entre los grupos en situación de pobreza y exclusión.

DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD

¿Por qué vemos esta estratificación en los patrones de fecundidad adolescente?

En muchos casos, los factores sociales y culturales inciden en los indicadores de embarazo adolescente a través de los “determinantes próximos” del embarazo adolescente, los cuales se presentan a continuación³:

1. La edad de iniciación sexual: en la actualidad existe un adelanto de la edad de iniciación sexual en prácticamente todos los países de nuestra región. En Chile, por ejemplo, para el año 2015 la edad promedio de iniciación fue alrededor de los 16,6 años de edad, mientras que hace 20 años atrás, era de

17 (INJUV, 2015). Este factor es relevante ya que hay más exposición al embarazo en la adolescencia en la medida en que se adelanta la edad de iniciación sexual, factor que, ciertamente, puede ser contrarrestado con un uso oportuno, eficaz y consistente de anticonceptivos efectivos desde el inicio de la actividad sexual.

2. La unión con una pareja: variable intermedia que opera a través de la actividad sexual y que hace que esta tenga una mayor intención reproductiva. Esta variable, sin embargo, está perdiendo su relevancia, en Chile al menos, ya que hay una creciente desvinculación entre la actividad sexual y la unión con una pareja, por lo que en la actualidad un gran porcentaje de casos de embarazo adolescente se produce sin una unión constituida. No obstante lo anterior, a diferencia de lo observado en otras regiones, la primera unión no se ha postergado de forma significativa en América Latina. Es más, Ullmann explica que los mismos datos censales de los diferentes países del continente dan cuenta que la región aun no logra reducir la unión durante la adolescencia: casi cuatro de cada diez mujeres tiene su primera unión durante la adolescencia, lo que supera largamente los niveles de los

países desarrollados, donde la unión en la adolescencia es poco usual.

3. El uso de anticonceptivos: se trata de la variable crítica porque es el preventivo por excelencia. En la actualidad, el método más utilizado por las mujeres jóvenes en Latinoamérica y El Caribe es el condón. Este método de anticoncepción es importante ya que no solo confiere protección contra el embarazo sino también contra infecciones de transmisión sexual. A pesar de lo anterior, la gran desventaja de este anticonceptivo es que su eficiencia depende de su uso consistente y de manera efectiva (lo que requiere de práctica, habilidad y autoconfianza). Este punto es fundamental ya que para usarlo debe haber un diálogo entre la pareja, situación que, cuando hay asimetrías de poder entre el hombre y la mujer, dificulta el uso del método. Según Unicef (2017), solo un 36% de las mujeres jóvenes (15 a 24 años) de Latinoamérica con múltiples parejas reportaron haber usado condón en su última relación sexual. Además, en prácticamente todos los países de la región se observa que son los adolescentes quienes usan menos los anticonceptivos, en comparación con los otros rangos etarios de jóvenes (20 a 24 años y 25 a 29 años).

La edad de iniciación sexual: en la actualidad existe un adelanto de la edad de iniciación sexual en prácticamente todos los países de nuestra región. En Chile, por ejemplo, para el año 2015 la edad promedio de iniciación fue alrededor de los 16,6 años de edad, mientras que hace 20 años atrás, era de 17 (INJUV, 2015).

3. Todos los datos sobre estas variables fueron expuestos por Heidi Ullmann quien se basó en los datos extraídos de USAID, organismo que sistematizó los datos proporcionados por las diferentes olas de la encuesta “Demographic and health services” (DHS en adelante), extraído en <https://www.statcompiler.com/en/#>. Las cifras que no son de esa fuente son citadas con la fuente respectiva en donde se extrajo la información.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH

También es importante señalar otros indicadores de salud sexual en estas edades, que son las infecciones de transmisión sexual y el VIH. De acuerdo al informe de UNICEF (2017) "Adolescentes y Jóvenes con VIH en América Latina", se observa que entre los años 2010 y 2016 la región bajó el porcentaje de nuevas infecciones de VIH en los adolescentes entre 10 y 24 años de edad en un 3%, y un 4% entre los jóvenes de 20 a 24 años de edad. Esta reducción, sin embargo, está lejos de las cifras a nivel mundial que indican una reducción de un 14% en los adolescentes y 18% en los jóvenes. Según Ullmann, aún

existen conocimientos parciales en relación a lo que son las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en la población adolescente y juvenil. Las y los jóvenes logran identificar algunas fuentes de riesgo, pero también identifican ciertos comportamientos como riesgos cuando en realidad no lo son, por lo que es importante avanzar en entregar una información correcta en esta temática, y no solamente enfocado en el VIH, sino también a todas las infecciones de transmisión sexual. En Chile, el último sondeo de INJUV (2018) sobre "Percepciones de conductas de riesgo, VIH e ITS" dio cuenta de que aún hay un grado de desconocimiento en este tema, el cual será ahondado más en profundidad por el próximo artículo.

Y A NIVEL DE POLÍTICAS PÚBLICA, ¿QUÉ PASA? LAS RECOMENDACIONES DESDE CEPAL

Según Ullmann, los desafíos que aún quedan pendiente en nuestra región son los siguientes:

1. Educar a las y los jóvenes sobre sus derechos y que todos los servicios y las iniciativas partan desde un enfoque de derechos. Estos están codificados en una serie de acuerdos, tanto a nivel internacional (como el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing, o la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible), como a nivel regional (como el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, que tiene un capítulo entero sobre juventud).



2. **Desarrollar estrategias intersectoriales:** la salud sexual y reproductiva de los adolescentes no es solo un tema de salud. También tiene que ver con educación, con acceso al trabajo decente, acceso a oportunidades, igualdad de género, etc. Se debe contar con canales de intervención simultáneos y complementarios, como puede ser una educación sexual integral en términos de servicios para prevenir, diagnosticar y tratar las infecciones de transmisión sexual, además de un asesoramiento en la planificación familiar. Este esfuerzo también implica tener una visión holística de la salud sexual reproductiva, en el sentido de entender cómo se relaciona la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes con otras dimensiones de salud, como la salud mental o el abuso de sustancias.

3. **Un acceso universal a la información sobre salud sexual y reproductiva y a los servicios vinculados.** Esta difusión debiese producirse a tempranas edades, además de garantizar confidencialidad, que los servicios sean asequibles, y que atiendan las barreras y discriminaciones que puedan experimentar los jóvenes en acceder a ellos. Un ejemplo de esto podrían ser las campañas de concientización e información, consejerías, trabajar con los profesionales que se vinculan con jóvenes para derribar mitos, estereotipos y barreras actitudinales. Otro punto relevante es aprovechar las redes sociales y las tecnologías para potenciar este tipo de acciones (aplicaciones de teléfono, redes sociales, etc).

4. **El acceso a los métodos anticonceptivos.** Debe haber una amplia gama de métodos que deben ser gratuitos, oportunos, y de calidad, en base a los principios de confidencialidad.

Este acceso debe ir acompañado de información sobre los métodos y estrategias de negociación para su uso, en casos donde sea aplicable. La idea es que estas políticas sean universales, pensada para todos los y las jóvenes que las necesiten, pero también deben ser sensibles a las diferencias, reconociendo y respondiendo a la heterogeneidad de la población joven. Como se vio anteriormente, la maternidad adolescente es un fenómeno que se agudiza en ciertos sectores de la población, por lo que hay que atender las barreras específicas que enfrentan estos grupos para acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

5. Poder contar con la participación de los y las jóvenes en el diseño, la implementación y el seguimiento de programas de salud sexual y reproductiva. Si se quiere que las estrategias sean verdaderamente eficaces, o sea que respondan al problema, deben entender los problemas desde la perspectiva de las personas que los experimentan para así elaborar las estrategias más adecuadas.

6. Contar con políticas que no estén solo enfocadas en mujeres en unión o casadas. Está demostrado que las relaciones sexuales se dan cada vez más por afuera de las relaciones formales de pareja. Asimismo, existe una escasez de información sobre la salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes, y éstos frecuentemente quedan invisibilizados en los programas en esta temática.
7. Implementar políticas y programas que apoyen a las mujeres jóvenes que están embarazadas o que han sido madres para favorecer su permanencia en el sistema educativo, facilitar su acceso al trabajo decente, promover una mejor conciliación entre los estudios, el trabajo remunerado y el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, brindar apoyo psicosocial y emocional, y garantizar su acceso a servicios de salud de calidad.
8. Una importante carencia que presentan las políticas públicas y programas implementados en esta temática en la región tiene que ver con la falta de evaluaciones de las mismas. En ese sentido, es necesario hacer monitoreos y evaluaciones como una parte incorporada de estos programas y políticas para que se pueda comenzar a construir una base de evidencia de lo que funciona y lo que no en cada contexto.

Todas estas recomendaciones van en sintonía con lo propuesto en el Consenso de Montevideo, el cual vela por la implementación de programas de salud sexual y reproductiva integrales para que adolescentes y jóvenes tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable⁴.

4. El consenso de Montevideo se puede encontrar en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf.

BIBLIOGRAFÍA

- **Azevedo J. P., y otros , 2012.** *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement*, Washington D. C., World Bank.
- **Bongaarts, J, 2015.** "Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up", *Demographic Research*, vol. 33(19), Rostock.
- **Céspedes, C., Claudia, R, 2016.** *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad. Serie asuntos de género N° 133 (LC/L 4173)*, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.
- **Cherry, A. L., y Dillon, M. E, 2014.** *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*. New York, Springer.
- **Hamel, P, 2006.** *Sexualidad y género en la adolescencia. Psiquiatr Adolesc.*, Editorial Mediterráneo.
- **INJUV, 2015.** *Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015*.
- **INJUV, 2018.** *Sondeo de Percepciones de conductas de riesgo, VIH e ITS*.
- **Ramírez, C, 2013.** «Conceptos sobre sexualidad humana. Apuntes Postítulo. Salud sexual y Reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería.» *Universidad de Santiago, Santiago*.
- **Rodríguez, J., Páez, K., Ulloa, C., Cox, L, 2017.** *Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas*. (LC/TS.2017/22).
- **Stella, C, 1996.** *La Educación Sexual en el Contexto de la Salud Integral en la adolescencia, OPS/OMS*.
- **Unicef, 2017.** *Adolescentes y jóvenes con VIH en América Latina*. [Citado el 29 de abril de 2019]. Disponible en <http://icwlatina.org/wp-content/uploads/2018/02/Adolescentes-y-j%C3%B3venes-con-VIH-en-Am%C3%A9rica-Latina-UNICEF.pdf>.
- **United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017.** *World Population Prospect 2017*. [Citado el 29 de abril de 2019]. Disponible en <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>
- **United Nations. CEPALSTAT**, bases de datos y publicaciones estadísticas. [Citado el 29 de abril de 2019]. Disponible en http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e-
- **USAID. Stat Compiler**, the DHS Program. [Citado el 29 de abril de 2019]. Disponible en <https://www.statcompiler.com/en/>.

Se debe contar con canales de intervención simultáneos y complementarios, como puede ser una educación sexual integral en términos de servicios para prevenir, diagnosticar y tratar las infecciones de transmisión sexual.



Sexualidad y Salud Sexual en Adolescentes y Jóvenes en Chile

Adela Montero, Profesora Asociada Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

En palabras de Michel Foucault “la sexualidad es algo que creamos nosotros mismos: es nuestra propia creación, mucho más que el descubrimiento secreto de nuestro deseo. Debemos comprender que con nuestros deseos, por medio de ellos, se instauran nuevas formas de relación, nuevas formas de amor y nuevas formas de creación. El sexo no es una fatalidad, es la posibilidad de acceder a una vida creativa” (1).

La sexualidad, es una construcción social, relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que nuestras emociones,

deseos y relaciones se expresan en la sociedad donde vivimos. La biología condiciona solo en parte esta sexualidad, a través de la fisiología y morfología de nuestros cuerpos, proporcionando las condiciones previas para esta construcción. Por ello, la sexualidad de cada uno y cada una, emerge y existe en un contexto cultural, siendo influenciada por múltiples variables (psicológicas, socio económicas, sexo biológico, edad, género, etnicidad, cultura, entre otras), resultando necesario que exista un amplio reconocimiento de la variabilidad de formas, creencias y conductas sexuales relacionadas con la sexualidad (2).

En este artículo, intentaremos caracterizar los principales aspectos vinculados con la sexualidad en adolescentes y jóvenes de 10-24 años, haciendo referencia al estado actual de importantes tópicos en salud, como el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y por VIH/Sida.

POBLACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CHILE

Según el último censo (2017), para un total de 17.574.003 habitantes, la población de adolescentes y jóvenes de 10-24 años representa el 21,5% de

En este artículo, intentaremos caracterizar los principales aspectos vinculados con la sexualidad en adolescentes y jóvenes de 10-24 años, haciendo referencia al estado actual de importantes tópicos en salud, como el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y por VIH/Sida.

Al preguntar por las razones de no uso de métodos preventivos, la Encuesta del 2012, revela que un 29,2% de las/los jóvenes declara una baja aceptabilidad por los métodos que conoce: "no me gusta usar ninguno de los métodos que conozco". Un 21,5% no los utiliza por deseo de embarazo; un 14,9% porque la pareja se oponía a su uso; mientras que un 7,5% declara que no se atrevió a sugerirlo a la pareja (7). Estas dos últimas cifras son preocupantes, porque de alguna manera estarían graficando algún grado de violencia, que puede estar presente en la pareja.

EMBARAZO

Respecto del embarazo, en la VIII Encuesta (2015), del total de jóvenes, el 31,3% ha sido padre/madre, con un 14% de ocurrencia antes de los 20 años, evidenciándose nuevamente una mayor proporción en el nivel socioeconómico medio y bajo. El 5,9% de las personas entre 15-19 años ha tenido un hijo/hija, centrándose significativamente en los niveles de ingreso bajo y medio (4).

Es importante evidenciar que el 22% de la población joven iniciada sexualmente, declara que ha vivido un embarazo no planificado, con un 12,5% en adolescentes de 15-19 años (4). Además, el 3,7% de las mujeres jóvenes iniciadas sexualmente, reporta haber interrumpido el embarazo a través de un aborto.

Sin embargo, un 28,4% frente a esta consulta no responde o indica que no sabe (4). Cabe señalar, que las mujeres que respondieron afirmativamente, accedieron a la interrupción en condiciones inseguras, puesto que aun no se promulgaba la actual Ley 21.030, que despenalizó la interrupción del embarazo, al menos en 3 causales.

la población censada. Para este grupo, la distribución por sexo corresponde a 50,9% hombres y 49,1% mujeres. El 89% de adolescentes y jóvenes de 10-24 años viven en zonas urbanas (3).

EDAD DE INICIO SEXUAL

La información obtenida a partir de la VIII Encuesta Nacional de Juventud, realizada el 2015 (4), revela que en jóvenes de 15-29 años, la edad media de inicio sexual fue de 16,6 años, mientras que en las/los jóvenes de 15-19 años este promedio fue de 15,47 años. Cabe mencionar que las y los jóvenes de nivel socioeconómico bajo, presentan una menor edad para el inicio sexual. En rangos porcentuales, al momento de esta encuesta, el 47,5% de las y los jóvenes de 15-19 años se ha iniciado sexualmente, alcanzando un porcentaje acumulado de 64,3% a los 24 años (4). En este sentido, los resultados obtenidos en las encuestas del 2003 y 2006 mostraban que la proporción de adolescentes de 15-19 años iniciados sexualmente bordeaba el 40% (5, 6), a diferencia de las últimas dos encuestas (2012-2015), donde esta proporción alcanzó el 49% y 47,5% respectivamente (7, 4).

En CEMERA (Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de

la Adolescencia) ¹, la edad promedio de inicio de actividad sexual para adolescentes consultantes ha sido de 15,7 años en hombres y 15,5 años en mujeres. La diferencia promedio del tiempo observado entre el inicio de la relación afectiva e inicio de la actividad sexual, ha sido 6,2 meses para hombres y 7,5 meses en adolescentes mujeres (8).

USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS

Continuando con los resultados de la VIII Encuesta, respecto de la primera relación sexual, el 70,9% de las personas encuestadas, reportó haber utilizado algún método preventivo, siendo el condón (59,9%) y la anticoncepción oral (20,4%) los métodos más utilizados (4).

En la última relación sexual, el 77% de las personas jóvenes declara utilizar prevención, principalmente condón (40,4%) y anticoncepción oral (31,3%) (4). Debe señalarse que el uso de condón disminuyó significativamente, al comparar con los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud del año 2012, cuyo uso reportado fue 48,7% (7).

1. CEMERA es una Unidad Académica de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Su misión es generar, desarrollar, integrar y comunicar a la comunidad académica y a la sociedad en general, el conocimiento y la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva de la adolescencia, asumiendo con vocación la formación de profesionales en esta área.

Al igual que con la edad de inicio sexual, el embarazo adolescente representa un indicador de inequidad social, por asociarse a determinantes sociales relacionados con el nivel socioeconómico y la escolaridad, entre otros.

Datos del Instituto Nacional de Estadísticas (9), para el período 1950–2015, develan que la mayor Tasa Específica de Fecundidad (TEF)² en adolescentes de 15–19 años, se observó en 1963 con 89,1 nacidos vivos por 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad, reportándose la tasa más baja el 2015, alcanzando 40,6 nacidos vivos por 1000 mujeres de 15–19 años. No obstante, el aporte de la fecundidad adolescente entre 15–19 años con respecto a la fecundidad total, presentó un aumento para el mismo período, demostrando que la disminución de la fecundidad en este grupo, es significativamente menor en comparación con las mujeres adultas (9).

En términos numéricos, el 2015 hubo 26.165 hijos/hijas de adolescentes entre 10–19 años, representando un 10,7% del total de nacidos/as vivos/as. El 97,3% ocurrió en adolescentes de 15–19 años y 2,7% nacieron de mujeres de 10–14 años de edad (n = 717). En este último grupo, la mayoría de las/los nacidos vivos corresponden a un primer hijo (98,3%), mientras que en madres adolescentes de 15 a 19 años, el porcentaje de

primeros hijos nacidos vivos disminuye a 89,7%, alcanzando un 10,3% de segundos hijos en estas edades (9).

Al igual que con la edad de inicio sexual, el embarazo adolescente representa un indicador de inequidad social, por asociarse a determinantes sociales relacionados con el nivel socioeconómico y la escolaridad, entre otros. Como ejemplo, en la Región Metropolitana se observan diferencias abismantes en la proporción de embarazo según el índice de pobreza comunal. El porcentaje de embarazo adolescente (15–19 años), en comunas como La Pintana; Lo Espejo y Cerro Navia es de 20,9; 20,6 y 20,4% respectivamente. En las comunas de Vitacura, Providencia y Las Condes se observa un 1,4; 2; y 2,3% (10).

En relación con la escolaridad, para aquellas adolescentes con 1 hijo/hija, esta es relativamente concordante con lo esperable según edad en nuestro sistema educativo: 83% de adolescentes madres de 10–14 años tienen entre 7–9 años de escolaridad y 68% de adolescentes entre 15–19 años cuentan con 10–12 años. Por el contrario, en adolescentes con 2 o más hijos/as, se observa una notoria disminución del porcentaje del logro educativo esperable para la edad: 58% de adolescente de 10–14 años logra 7–9 años de escolaridad y sólo el 50% de adolescentes de 15–19 años logra 10 a 12 años escolaridad (9).

Lo anteriormente expuesto, apoya el planteamiento que el embarazo en menores de 20 años, constituye un problema de salud pública. Información del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), reporta que el 15% de todos los embarazos en América Latina y el Caribe ocurren en menores de 20 años, dando cuenta de la segunda tasa más alta de embarazo adolescente a nivel mundial (11, 12). En relación a las personas menores de 15 años,

UNFPA estima que 2% de las mujeres en edad fértil en América Latina y el Caribe tuvieron su primer parto antes de esta edad, siendo esta región la única en la que el embarazo en estas edades presenta una tendencia ascendente (11, 12). En consecuencia, se postula que los programas derivados de las Políticas Públicas, orientadas a empoderar a la población respecto del ejercicio de sus derechos, para disminuir el embarazo a escala global en las adultas, no tienen un real impacto en la población de adolescentes y jóvenes.

Por ende, el embarazo en estas edades, es considerado una problemática social que tiene como consecuencia, falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras en la vida de la adolescente embarazada, su hijo/hija y familia, vinculándose con múltiples determinantes sociales, destacando: bajo nivel socioeconómico; bajo nivel de escolaridad; falta de proyecto de vida, e inequidades en el acceso a educación sexual y a servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en zonas rurales remotas y en lugares con sesgos asociados a las minorías étnicas, a la estigmatización y la pobreza (10, 11, 12). Por ello, la maternidad y paternidad durante la adolescencia es un fenómeno altamente relevante, por su asociación con la reproducción intergeneracional de la pobreza y con la persistencia de inequidades de género a través de la asignación de roles domésticos y reproductivos a las mujeres en su proyecto de vida (9, 12).

Adicionalmente, el embarazo en adolescentes también representa riesgo para su salud y su vida. La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la Región de las Américas. En el 2012, fallecieron en la Región 1.887 mujeres de 15 a 24 años, por complicaciones del embarazo, parto o puerperio temprano.

2. Tasa Específica de Fecundidad Adolescente: n° de nacidos vivos x 1.000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad.



Otros riesgos y consecuencias físicas del embarazo precoz son: lesiones del piso pelviano, preeclampsia-eclampsia, rotura de membranas y parto prematuro. También se describen consecuencias en salud mental: ansiedad, depresión, estrés postraumático (especialmente cuando el embarazo es el resultado de un acto de violencia sexual), pensamientos e ideas de suicidio, y muerte por suicidio consumado. Para mujeres menores de 15 años que viven en países de ingresos medios y bajos, el riesgo de morir se duplica en estas edades (11, 12).

Igualmente, esta problemática alcanza a los y las hijos/hijas de madres adolescentes, reportándose una mayor probabilidad de nacer prematuros y/o con bajo peso de nacimiento; mayor riesgo de sufrir negligencia, maltrato, abandono, mayor probabilidad de internación en hogares de menores, mayor riesgo de presentar problemas en el área psicoafectiva, desarrollo cognitivo, repitencias escolares, deserción escolar temprana. En los hombres, se describe una mayor probabilidad de

presentar conflictos con la justicia, y en las mujeres, mayor probabilidad de embarazo antes de los 18 años (13).

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son aquellas infecciones en las cuales el mecanismo de transmisión es predominante o exclusivamente a través de contacto sexual, entendiéndose por contacto sexual cualquier tipo de unión o contacto de mucosas, entre personas de igual o diferente sexo.

Desde hace algunos años, se ha tendido a hablar de infecciones y no de enfermedades de transmisión sexual, por considerar que una persona infectada puede permanecer como portador asintomático, vale decir, no desarrollar ningún síntoma o signo de enfermedad. En esta etapa de "portador asintomático", estado del cual muchas veces se desconoce, la persona puede continuar propagando la infección.

Se han descrito múltiples consecuencias de las ITS, tales como mayor probabilidad de desarrollar infertilidad, embarazos ectópicos, procesos inflamatorios pelvianos, dolor pelviano crónico, cáncer cervicouterino, parto prematuro, transmisión vertical al embrión/feto y recién nacido/a, favorecimiento de adquirir infección por VIH, entre otras.

Como principales factores para contraer una ITS se encuentra: falta de adecuada información en sexualidad, conductas sexuales de riesgo y falta de técnicas preventivas. De esta forma, los programas de educación sexual y la consejería sobre el uso correcto y consistente de condón (masculino y femenino), así como la consejería sobre otras técnicas de acuerdo con el tipo de práctica o contacto sexual, por ejemplo oro-genital, son claves en la prevención, especialmente en adolescentes y jóvenes.

En Chile, el Decreto Supremo 158/2004 establece que la sífilis, gonorrea, hepatitis B y VIH son infecciones de declaración obligatoria universal (14). Según datos

oficiales del Ministerio de Salud, el año 2016 la sífilis fue la ITS con mayor tasa de notificación [22,8 x 100.000 habs], seguida por la infección por VIH/Sida [16,3 x 100.000 habs]. La tasa de gonorrea fue de 11,2 x 100.000 habs y la de Hepatitis B de 6,1 x 100.000 habs (14). En este informe, en general se observa una relativa estabilización en las tasas de ITS reportadas en el periodo 2014-2015, excepto para la gonorrea, que presenta un incremento focalizándose en el grupo de 15 a 24 años. Las tasas de gonorrea para el período 2012-2016, fluctuaron entre 18,4 a 36,5 x 100.000 habs., para el grupo de 15-19 años y 28,1 a 41,5 x 100.000 habs., para el grupo de 20-24 años (14).

Considerando que varias ITS (sífilis, hepatitis B, VIH y otras), comparten el mismo mecanismo de transmisión, el comportamiento ascendente de la gonorrea en población de 15 a 24 años, sirve como un potente indicador sobre el eventual aumento de otras ITS para este grupo. A diferencia de la gonorrea, las otras ITS se caracterizan por presentar manifestaciones clínicas o subclínicas a largo plazo, por lo tanto no se diagnostican al momento de la infección, pudiendo existir un importante subregistro (14).

Especial mención requiere la infección por Chlamydia Trachomatis. Se estima que la prevalencia en jóvenes sexualmente activos de 15 a 24 años, puede llegar a 10%, describiéndose mayor prevalencia en los grupos con menor nivel socioeconómico. Para Chile, se describe que 9% de los hombres y mujeres sexualmente activos menores de 25 años portan C. Trachomatis. Sin embargo, la mayoría de los estudios chilenos tienen el sesgo de haber sido realizados en clínicas y centros médicos privados que atienden a pacientes de nivel socioeconómico medio o alto y donde además está disponible el examen (15), graficando entonces el desconocimiento de la real prevalencia de esta ITS en nuestra población.

INFECCIÓN POR VIH/SIDA

El informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) del 2017, reporta que a nivel mundial desde el año 2010 ha habido un 16% de disminución en las nuevas infecciones en adultos, observándose mayor disminución en niños (35%). Asimismo, desde el peak alcanzado el 2004, se observa una disminución de las muertes relacionadas con el Sida superior al 51%. En el 2017, el 79% de las personas con VIH tenían acceso a la terapia antiretroviral, logrando la supresión viral en un 81% de los casos (16). Según esta organización, el mundo ha logrado una reducción significativa de la epidemia al detener y revertir la propagación del VIH, planteándose como objetivo poner fin a la epidemia del Sida para el año 2030 (17).

En Chile, se estima que anualmente se infectan 5.000 personas. La prevalencia estimada en población de 15 a 49 años es de 0,5%, estimándose 65.000 mil casos de infección por VIH. Según datos obtenidos a partir del Instituto de Salud Pública, el principal grupo poblacional afectado son personas entre 20 y 39 años. El grupo de adolescentes de 15 a 19 años, presentó tasas estables hasta el 2015, presentando el 2016 un aumento del 20% respecto del año anterior. El grupo de adultos mayores (60 y más años), mostró estabilización de sus tasas en los últimos 3 años (14).

En el periodo 2010-2015 se confirmaron 21.856 nuevos diagnósticos. La tasa anual de casos confirmados experimentó una tendencia al aumento a partir del año 2010 (21,4 casos por 100.000 habs ≥ 13 años) hasta el 2015 (28,9 casos por 100.000 habs ≥ 13 años). No obstante, también se reporta que a partir del 2011 hubo una relativa estabilización en las tasas de notificación entre 14 y 15 x 100.000 habs, incrementándose levemente el 2016,

alcanzando 16,3 x 100.000 habs. El 63% de los casos fue notificado en etapa VIH (14). Para ese mismo año (2016), la proporción hombre/mujer fue de 6:1, es decir, por cada mujer hay 6 hombres infectados. La principal vía de transmisión sigue siendo la vía sexual, representando un 99% en el quinquenio 2012-2016. La principal práctica sexual de riesgo declarada, fue la relación sexual de hombres con otros hombres, concentrando el 63% de los casos para este mismo quinquenio (14).

Los datos oficiales señalan que ha habido una reducción de la mortalidad, con una tasa de 3,5/100.000 habs., el año 2001 a 2,8/100.000 habs el 2014. Una de las causas para esta disminución sería el impacto de la terapia antiretroviral (14).

DISCUSIÓN

De acuerdo con el reciente sondeo del Instituto Nacional de Juventud, la principal fuente de información sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes de 18-29 años son las redes sociales, las/los profesionales de la salud e internet. Un 27,9% señala la falta de educación de calidad como uno de los principales problemas a los que se enfrentan. En referencia a la educación sexual, un 13,9% identifica la falta y la mala calidad como uno de los principales problemas que les afecta (18).

Estas cifras ratifican la discusión sobre la educación como tema país, poniendo de manifiesto la necesidad de generar programas que aborden las temáticas relacionadas con la sexualidad, rompiendo con el paradigma heteronormativo, focalizándose en un enfoque positivo y no solamente dirigidas al riesgo, para así contribuir realmente al desarrollo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, basados en el respeto mutuo al interior de nuestra sociedad.

Por otra parte, el acceso a los sistemas de salud, es crucial para fomentar el uso de anticoncepción eficaz de última generación, como los métodos reversibles de larga duración y efectuar consejería en la prevención de ITS/VIH, informando y educando sobre el uso correcto de las técnicas preventivas que pueden ser utilizadas, en correspondencia con el tipo de práctica sexual.

Por ello, junto con mejorar la calidad de la educación, es deber del Estado promover y garantizar el acceso a la atención en salud, como un derecho humano, terminando con las barreras que obstaculicen este acceso, en particular de adolescentes y jóvenes con mayor grado de vulnerabilidad. Por consiguiente, debemos tener presente que el manejo de la confidencialidad

en la atención, es un eje clave para garantizar el acceso y permanencia, principalmente de adolescentes y jóvenes que presentan mayor riesgo (19).

Por otra parte, si bien la reciente despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales es un avance en los derechos de las personas, no resolverá la problemática asociada al aborto inseguro en nuestro país. En efecto, aun cuando la prevención eficaz del embarazo no planificado, contribuirá a disminuir el aborto inseguro, se recomienda contar con legislación y políticas de salud que permitan el acceso a la interrupción, sin riesgo para la salud y vida de la mujer.

En definitiva, se espera que el Estado, a través de su institucionalidad, cumpla

con su rol como garante del derecho a la educación y a la salud de quienes conviven en un determinado territorio, debiendo poner énfasis en quienes presentan un mayor grado de vulnerabilidad. 

Si bien la reciente despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales es un avance en los derechos de las personas, no resolverá la problemática asociada al aborto inseguro en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- Foucault M. "Sexualidad y poder".** En *Sexualidad y Política: escritos y entrevistas 1978 - 1984*. Buenos Aires: Editorial El cuenco de plata (2016)
- Dides C., Benavente C., Morán J.** Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y Sida e ITS en Chile. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Santiago, Chile: Organización Panamericana de la Salud, FLACSO-Chile, UNFPA, 2008. ISBN: 978-956-205-243-6.
- Resultados Censo 2017.** Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Disponible en: <https://resultados.censo2017.cl> Consultado 9/04/2019
- OCTAVA ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD, 2015.** Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf Última consulta 9/4/2019
- CUARTA ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD 2003.** Resultados preliminares, documento de trabajo N° 5. Instituto Nacional de la Juventud. Gobierno de Chile. www.injuv.cl
- QUINTA ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD, 2006.** Gobierno de Chile. Instituto Nacional de la Juventud. www.injuv.cl
- SEPTIMA ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD, 2012.** Gobierno de Chile. Instituto Nacional de la Juventud. www.injuv.cl
- González E., Molina T., Montero A., Martínez V., Leyton C.** Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1261-1269.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas Vitales sobre Maternidad y Paternidad Adolescente. CHILE, noviembre 2017.** Disponible en: <http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/documentos/enfoque-maternidad-paternidad-2017.pdf> Última consulta 15 abril 2019.
- Situación actual del embarazo adolescente en Chile, Julio 2013.** Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7d4fe040010164010db3.pdf> Última consulta 9/4/2019.
- América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo (Febrero 2018).** Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/américa-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-más-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1> Última consulta 04/04/2019
- Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.** Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). ISBN: 978-92-75-31976-5 Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF Última consulta 04/04/2019
- González E., Leal I., Molina T., Chacón P.** Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. *Rev Chil Obstet Ginec* 2013; 78 (4): 282 - 289
- Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2016.** Ministerio de Salud. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/Situacion_ITS_2016.pdf Última consulta 11 de abril 2019.
- Huneeus A., Soriano H., Pommer R., Delpiano L., Salas F., Céspedes P., Schulin-Zeuthen C.** Documento: Chlamydia trachomatis: fundamentos de la importancia del cribado en el sistema público de salud. *Rev Chilena Infectol* 2018; 35 (5): 498-500
- ONUSIDA. ESTADÍSTICAS MUNDIALES SOBRE EL VIH DE 2017.** Disponible en: <http://www.unaids.org/es/topic/data> Última consulta 15 abril 2019.
- ESTRATEGIA DE UNUSIDA para 2016 - 2021.** Disponible en: <http://www.unaids.org/es/goals/unaidstrategy> Consultado 15 abril 2019
- Sondeo n° 5: Percepciones de conductas de riesgo, ITS y VIH.** Dirección de Estudios Sociales. Instituto Nacional de la Juventud. Enero 2019.
- Lehrer J, Pantell R, Tebb K, Shafer M. Forgone Health care among US adolescents: associations between risk characteristics and con donality concern.** *J Adolesc Health* 2007; 40: 218-26.

Fundación Chile Positivo y su mirada sobre la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes

Iancu Cordescu D.

Director Ejecutivo Fundación Chile Positivo.

No son muchas las sorpresas luego de cada investigación o encuesta relacionada a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes de nuestro país. En ellas se observa que son los jóvenes quienes tienen mayor acceso a información a través de herramientas digitales, obteniendo suficiente información sobre temáticas como las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Sin embargo, hay datos que nos hacen mirar con preocupación lo que

está sucediendo entre nosotros los jóvenes. Como Fundación lo vemos día a día en nuestros talleres y charlas, donde incluso trabajamos con profesionales de la salud que desean actualizar sus conocimientos. En una actividad de 25 preguntas, hay dos o tres que son clave sobre las probabilidades de transmisión de VIH en casos reales, interacción con otras Infecciones de Transmisión Sexual, o sobre el uso de lubricantes que debemos reforzar en todas las personas.

Se observa que son los jóvenes quienes tienen mayor acceso a información a través de herramientas digitales, obteniendo suficiente información sobre temáticas como las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.



¿Sabías que a pesar que no hay una cura para el VIH, te puedes infectar más de una vez?, ¿sabías que 1 de cada 3 personas diagnosticadas por VIH además reciben un diagnóstico de Sífilis, o Hepatitis B o Gonorrea?, ¿sabías que la mitad de las nuevas infecciones se dan en personas menores de 29 años? ¿Sabías que la saliva es tremendamente corrosiva y afecta la eficacia de los preservativos de látex? ¿Sabías que, según la Organización Mundial de la Salud, en caso de que haya semen en tu boca la recomendación es tragarlo y no escupirlo?

¿DÓNDE OBTIENE CONDONES UN CHICO O CHICA DE 15 AÑOS?

Muchos adolescentes y jóvenes acceden a los condones en farmacias, supermercados o boticas, no sólo por la mala fama que tuvieron aquellos condones que se distribuían gratuitamente en la atención primaria de salud, sino también, porque corría el mito de que aquellos condones eran más gruesos, no te hacían sentir placer, disminuía la erección, entre otras excusas.

Actualmente, las especificaciones técnicas de los preservativos gratuitos han evolucionado para hacerlos más sensibles, sin afectar la resistencia y protección; sin embargo, la demanda de estos condones no ha crecido. Quisiera creer que es un problema comunicacional, que no le hemos dicho a nuestros adolescentes y jóvenes que estos preservativos son igualmente eficaces, más sensibles, y que están disponibles para todas y todos. Hoy se compran 14 millones de condones masculinos y femeninos para distribuirlos en la red pública de salud, lo que en promedio es un condón por persona al año.

Sabemos que es una barrera de acceso el que las y los adolescentes deban

movilizarse para asistir a un consultorio de atención primaria de salud, ordenar una cita con la matrona, tener una entrevista para evaluar los riesgos de sus prácticas sexuales y salir de la consulta con 3 o 5 preservativos. De los cuales, 3 preservativos que serán usados probablemente durante el fin de semana, o quizá en una sola noche. Toda esta burocracia aleja a los adolescentes del uso consistente y sistemático del preservativo, sea masculino o femenino.

¿POR QUÉ ESTÁ AUMENTANDO EL VIH Y LAS ITS?

Aumenta día a día porque hay varias generaciones de personas que no recibieron educación sexual. Entre ellos nuestros padres, hermanos mayores, nuestros docentes, y en general el país no tiene información clara y certera sobre salud sexual, pero sí un montón sobre salud reproductiva.

Una muestra de esto surge del Sondeo que realizó el INJUV el año pasado, donde el 64% de los jóvenes evalúa como bien o muy bien sus conocimientos sobre su salud sexual. Sin embargo, la gran mayoría, aproximadamente entre el 70,8% y el 82,9% de los jóvenes encuestados se informó sobre VIH o ITS a través de internet o redes sociales. Ahora bien, un 40,6% aún cree que el VIH se transmite a través de una picadura de mosquito, lo que en ningún caso es una vía de transmisión. A partir de esto, vemos que la información es clave y las y los jóvenes están aprendiendo incorrectamente.

Por otro lado, el 83,4% de los jóvenes evalúa con nota 6 a 7 su cuidado personal de salud sexual, pero solo un 69,3% declara disponer de preservativos entre sus pertenencias, y sólo un 56,7%

declara que se habrían realizado el test de VIH. Además, son las mujeres quienes tienen mayor percepción de riesgo y por ello son quienes más se realizan el test. Así, se ve reflejado en los datos, considerando que es una epidemia concentrada en hombres, al punto que por cada 6 hombres habría 1 mujer con VIH.

PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

La protección social es fundamental para construir una sociedad más equitativa, y al mismo tiempo, es una plataforma que les permite a las personas satisfacer sus derechos económicos, sociales y culturales. Esto se traduce en acceso a un nivel de vida adecuado, que les asegure la dignidad y el libre desarrollo de su personalidad.

Habitualmente la protección social se concibe como una serie de derechos que están abordados desde la previsión de salud, de pensiones, seguros de accidentes laborales y otras materias relacionadas al empleo. Sin embargo, creemos que es necesario avanzar en el espectro de la protección social hacia un sistema de mínimos básicos, que le permita a cualquier persona gozar de garantías de protección, indistintamente sea su estatus económico y laboral.

Por ello, los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluido el VIH es fundamental. Un sistema de protección social será suficiente en la medida que cualquier adolescente tenga acceso a servicios de salud que promuevan la prevención, acceder al condón, a educación sexual integral, al test de VIH de manera regular, acceso al tratamiento farmacológico y una adecuada atención médica y profesional. ¿Contamos contigo para abrir este debate? Creo que ya contamos con el INJUV. 



La voz de las y los jóvenes

Teresita Eguiguren

Psicóloga Fundación Soymás.

En la actualidad, resulta difícil comprender la problemática del embarazo adolescente; dónde radica su origen y cómo debiese ser abordado. Al ser un fenómeno multifactorial, el camino fácil es responsabilizar el difícil acceso al método anticonceptivo o el desconocimiento del uso de éste. Sin embargo, trabajando en contacto directo con la realidad, la explicación es distinta.

El fenómeno del embarazo adolescente, entendido como un eslabón de reproducción de la pobreza, es una denuncia explícita a los sistemas de salud, a la educación sexual, y a la sociedad en general.

Por un lado, si nos referimos al sistema de salud, efectivamente existen trabas importantes respecto al acceso a los métodos anticonceptivos. Frases como “fui al consultorio y me cancelaron”, “como soy menor de edad me obligaron a asistir con un apoderado”, “no quedaban horas en todo mayo para ponerse el implante”, siguen repitiéndose en el discurso de los jóvenes chilenos.

Por otro lado, la educación sexual escolar, además de ser escasa, se encuentra desvinculada del plano afectivo, lo que a mi parecer resulta inefectivo. Si orientamos el aprendizaje hacia el autocuidado del cuerpo, al fortalecimiento del autoestima, al logro de la autoconfianza personal y a la construcción de relaciones interpersonales seguras, podríamos contar con resultados mucho más positivos en esta área.

Por último, si como sociedad brindáramos reales oportunidades y pudiésemos

garantizar un acceso seguro a los sistemas de salud, educación y al mundo laboral, tendríamos en consecuencia, jóvenes capaces de construir un proyecto de vida autónomo y responsable, evitando así las brechas evidenciadas por el INE (2016), las cuales señalan que en el 2016, en la comuna de Vitacura hubo sólo 3 embarazos de madres adolescentes y en La Pintana, 349. [↗](#)

El fenómeno del embarazo adolescente, entendido como un eslabón de reproducción de la pobreza, es una denuncia explícita a los sistemas de salud, a la educación sexual, y a la sociedad en general.

Los mejores beneficios están en

TARJETA JOVEN

INJUV - Ministerio de Desarrollo Social



¡LO MEJOR DE SER JOVEN!

Más info en INJUV.GOB.CL

   @INJUVCHILE



FONDOS CONCURSABLES ACCIÓN JOVEN

¿Necesitas financiamiento
para tu organización?

¡Quédate atento a nuestras
convocatorias en **redes sociales!**

Más info en INJUV.GOB.CL



INJUV
Ministerio de
Desarrollo Social
y Familia

Gobierno de Chile

Chile
en marcha



@INJUVCHILE