

Evaluación de la Ley N°20.418

Que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA LEY/OCDE CÁMARA DE DIPUTADOS DE CHILE



Lorenzini Basso, Pablo (Presidente)

Hernando Pérez, Marcela

Kort Garriga, Issa

Monsalve Benavides, Manuel

Núñez Arancibia, Daniel

Pérez Lahsen, Leopoldo

Santana Tirachini, Alejandro

Santibáñez Novoa, Marisela

Sepúlveda Orbenes, Alejandra

Diciembre, 2018

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE LA LEY

Maryan Henríquez Ayala

Milenka Kegevic Romero

Paulina Maturana Arancibia

Fabiola Urbina Rouse

Pedro Lopez Cabrera

René Arrayet Pinto

Evaluación de la Ley N°20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad

Es una publicación del Departamento de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados de Chile

ISBN 978-956-7699-30-8

Avenida Pedro Montt s/n Valparaíso Teléfono (56-32) 2505424

www.evaluaciondelaley.cl

PRESENTACIÓN PRESIDENTA DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE CHILE

Con fecha 30 de junio de 2009 se dio cuenta en esta Corporación del mensaje que S. E. la Presidenta de la República enviara al Congreso Nacional sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, actual ley N°20.418.

Dicha iniciativa fijaba como sus objetivos el "reconocer legalmente los derechos que las personas tienen en materia de regulación de su fertilidad y, como contrapartida, los deberes que el Estado tiene en la materia.", añadiendo a continuación que "el proyecto otorga una habilitación general, más allá de las actuales con fundamento legal o reglamentario, para que todos los órganos de la Administración del Estado realicen planes, programas y acciones relativos a la satisfacción de los derechos de la población a recibir información y orientación sobre regulación de la fertilidad, a recibir una educación para la vida afectiva y sexual, a elegir libremente y acceder a los métodos de regulación de la fertilidad."

El presente documento pretende dar cuenta si los objetivos trazados originalmente por el mensaje se han alcanzado o no, examinar de qué forma ha funcionado en la práctica la referida ley y determinar los pasos a seguir para que tales objetivos resulten plenamente satisfechos o logrados.

Es así como el trabajo desarrollado por el Departamento de Evaluación de la Ley recomienda ampliar el público destinatario de los programas de educación sexual, incorporando a la educación primaria en la norma.

Asimismo, se ha constatado una colisión entre la libertad de enseñanza y el derecho de acceso a la información. Es así como el artículo 1 de la ley N°20.418 dispone que "los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que



propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados."

A juicio de las personas entrevistadas por los redactores de este trabajo la norma en cuestión limita el ejercicio del derecho a educación sexual, al permitir que los sostenedores o la comunidad educativa determine los contenidos y enfoques que se impartirán en su establecimiento.

También se detectaron falencias respecto del rol que juega el Ministerio de Educación en la tarea de asegurar la calidad y equidad en el acceso a educación sexual.

A través de estudios de esta naturaleza, la Cámara de Diputados demuestra su preocupación por velar por que las leyes que discute y aprueba procuren cumplir con los objetivos que se fijaron al iniciar su trámite legislativo.

Confiamos en que lo que se ha expuesto en el presente trabajo se constituya en un material de consulta por los interesados en esta materia y que sus conclusiones y proposiciones sean evaluadas por las autoridades pertinentes.

MAYA FÉRNÁNDEZ ALLENDE
Presidenta de la Cámara de Diputados.

PRESENTACIÓN PRESIDENTE COMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA LEY/OCDE

Los reportes sobre el aumento del VIH en nuestro país han causado gran preocupación entre la población chilena. Un grupo de Diputados de la Comisión de Salud, atendiendo a la alarma pública que se ha encendido en los últimos meses solicitó a nuestro Comité analizar la Ley N°20.418 que aborda el acceso a prestaciones en salud y educación sexual.

Conscientes de la necesidad de dar una respuesta a la ciudadanía sobre el estado actual de nuestra legislación y política pública en esta materia el Comité de Evaluación de la Ley encomendó a nuestro Departamento Técnico de la Cámara de Diputados iniciar un estudio en junio del presente año.

Para ello se realizaron entrevistas con expertos del área, se reunieron con Ministerios, funcionarios de la salud de Hospitales Público y Privados, con docentes de establecimientos educacionales públicos y subvencionados, pudiendo concluir que Chile ha dado pasos importantes para el tratamiento del VIH, cumpliendo con los objetivos internacionales.

Sin embargo, tenemos aún un arduo camino que recorrer para incentivar a la población a que se realice el diagn óstico de la enfermedad y acceda a educación sexual que entregue reales herramientas para la prevención de conductas de riesgo y el fomento del auto y mutuo cuidado en las relaciones de pareja.

En nuestro país contamos con una Ley que establece un marco para el acceso a información, orientaciones y prestaciones en materia de fertilidad, sin embargo ¿Es la fertilidad el centro de esta norma? Fueron las primeras dudas que surgieron entre los actores que participaron en la Evaluación de la Ley N°20.418.

Así, queda clara la urgencia de potenciar la norma con miras a otorgar mayores garantías a los derechos



sexuales y reproductivos, entregando –por ejemplomás facultades a instituciones como el Ministerio de Educación para que puedan ejercer su rol en un amplio sentido, abrir más espacios al interior del aula para el tratamiento de estas materias, sin distinción en las exigencias entre colegios municipales, subvencionados y privados, con el objeto de generar una mayor supervisión de los contenidos mínimos.

Como se señala en este estudio, es primordial avanzar hacia una visión integral sobre la salud y educación sexual, que deje de reducir el tema a un problema de salud pública y ponga a disposición herramientas para que la ciudadanía tome consciencia de la relevancia que esta tiene en la prevención de la violencia sexual, los embarazos adolescentes y la propagación de enfermedades de transmisión sexual.



H. D. Pablo Lorenzini Basso Presidente Comité de Evaluación de la Ley

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN DE LA LEY Nº 20.418	8
CAPÍTULO II. CIFRAS NACIONALES E HITOS INTERNACIONALES SOBRE SALUD Y EDUCACIÓN SEXUAL	18
CAPÍTULO III. MARCO NORMATIVO LEY N°20.418	46
CAPITULO IV. INSTITUCIONALIDAD	62
CAPITULO V. PERCEPCIÓN CIUDADANA	98
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

INTRODUCCIÓN

La Evaluación de la Ley N°20.418 solicitada por H. Diputados de la Comisión de Salud, fue evaluada en el contexto de un importante debate público en torno al aumento de casos de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual informadas por la autoridad sanitaria.

En razón de ello, el estudio centró su atención en la garantía del derecho a acceso a educación y salud sexual que la norma en estudio establece, con el fin de identificar los factores que impactan en el abordaje de este tipo de formación en establecimientos educacionales y determinar las principales barreras asociadas al ejercicio del derecho a prestaciones en salud sexual y reproductiva.

De esta manera, se efectuó un estudio técnico de la Ley que consideró el análisis de los acuerdos y tratados internacionales vigentes, la normativa secundaria, la institucionalidad destinada a implementar la norma y la experiencia de expertos y profesionales de la salud y la educación que trabajan directamente con la población destinataria de la Ley.

Como parte central de la investigación, se realizaron entrevistas a organizaciones internacionales como la OMS, UNESCO y UNICEF, además de funcionarios del sector público pertenecientes al Ministerio de Salud, Ministerio de Educación e Instituto de Salud Pública.

Asimismo, se convocó a los encargados del Programa de Salud Adolescente y Jóvenes de los CESFAM de la Región Metropolitana para conocer su opinión sobre la atención que reciben y las dudas que habitualmente presentan los pacientes de este rango etario que acuden a los consultorios por temas vinculados a sexualidad y anticoncepción.

La ciudadanía fue también invitada a participar de la Evaluación de la Ley, constituyéndose en un aporte distintivo del trabajo que este Departamento de la Cámara de Diputados realiza. Así, integraron los Foros Ciudadanos realizados en las ciudades de Antofagasta y Santiago, encargados de convivencia escolar, cargo ejercido por profesores, orientadores o profesionales de la Unidad Técnico Pedagógica (UTP) de los establecimientos educacionales.

La Evaluación contempla cinco capítulos en el que se abordan (I) Antecedentes de la Evaluación de la Ley N°20.418, (II) Cifras Nacionales e Hitos Internacionales en Salud y Educación sexual, (III) Marco Normativo de la Ley, (IV) Institucionalidad, (V) Percepción Ciudadana y finalmente se presentan Conclusiones y Recomendaciones para modificar la norma.

Tras los antecedentes recabados, fue posible constatar inquietud sobre la necesidad de abordar la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo adolescente y la violencia sexual desde una mirada integral que involucre el autocuidado y el respeto por el otro. Para ello se requiere fortalecer el acceso a una educación sexual centrada en la afectividad desde las primeras etapas formativas, de manera de garantizar tanto el acceso como el ejercicio de los derechos que consagra la norma.

Asimismo, se evaluó de forma positiva el acceso y procedimientos para la obtención de métodos anticonceptivos y la realización de exámenes y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual. No obstante, se constató un limitado acceso de los adolescentes a las prestaciones de salud, situación que demuestra la necesidad de reforzar la atención especializada de este grupo etario y de educar a la población en esta materia.

La Cámara de Diputados a través del Departamento de Evaluación de la Ley agradece a todos los actores que desinteresadamente participaron del estudio y aportaron con su testimonio a la elaboración de conclusiones y recomendaciones que hoy ponemos a disposición de los legisladores y la ciudadanía con el fin de complementar la discusión legislativa en torno a la educación y salud sexual.

Capítulo I.

antecedentes de la evaluación de la ley nº 20.418



La Ley N°20.418 tuvo su origen en un Mensaje de la ex Presidenta de la República Michelle Bachelet, el 30 de junio de 2009, con el que da inicio a un proyecto de Ley sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Su ingreso al parlamento ocurre en el contexto del debate sobre la píldora del día después o pastilla anticonceptiva de emergencia el que, dado su urgencia, fue publicada el 28 de enero del año 2010.

Su principal propósito es reconocer legalmente los derechos que las personas tienen en materia de regulación de fertilidad, y como contrapartida, los deberes que pesan sobre el Estado en esta materia. Habilita, en forma general, a todos los órganos de la Administración del Estado para realizar planes, programas y acciones relativos a la satisfacción de los derechos de la población a obtener información y orientación sobre regulación de la fertilidad, así como a recibir una educación para la vida afectiva y sexual, a elegir libremente y a acceder a los métodos anticonceptivos.

Los principales fundamentos del proyecto son:

- Establecer una normativa particular y concreta sobre el derecho a la información y orientación en materia de fertilidad, sexualidad y afectividad.
- Poner a disposición de las personas todas las alternativas legítimas para el ejercicio responsable y autónomo de su sexualidad.
- Facilitar el acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
- Normar o darle tratamiento a la pastilla anticonceptiva de emergencia, y a la situación en que se encuentran los menores de 14 años que la requieren en los servicios de salud.

Dentro de los objetivos de la Ley, cabe destacar:

- Reconocer el derecho de toda persona a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, con el objeto de poder decidir sobre los métodos de anticoncepción.
- Regular el deber del Estado de entregar tanto la orientación y orientación a las personas sujetos de derecho como los servicios y productos que implica la regulación de la fertilidad.
- Prevenir embarazo adolescente.
- Prevenir infecciones de transmisión sexual.
- Prevenir la violencia sexual.
- Regular el método anticonceptivo de emergencia.

1. POBI ACIÓN OBJETIVO O DESTINATARIA

La Ley Nº 20.418 va dirigida tanto a hombres como a mujeres que estén por iniciar o que hayan iniciado su actividad sexual, como también a todos aquellos órganos de la administración del Estado con competencia en la materia, principalmente en las áreas de la salud y educación. Respecto a la educación, la norma centra su atención de forma específica en los adolescentes que cursan enseñanza media.

2. HERRAMIENTAS DE LA LEY Nº 20.418

Si bien la presente ley tiene un carácter más declarativo, de esta se desprenden las siguientes herramientas:

- Atribución a órganos del Estado para adoptar las medidas necesarias para resguardar los derechos reconocidos por esta Ley.
- Obligación de los órganos de la administración del Estado con competencia en la materia a garantizar el acceso a los diversos métodos anticonceptivos con su respectiva información.
- Obligación de las Instituciones competentes de entregar la pastilla anticonceptiva de emergencia.
- Deber de poner en conocimiento del Ministerio Público los antecedentes de los que pueda presumirse la existencia de un delito sexual en la persona que solicite un método anticonceptivo de emergencia.

3. REGLAMENTO DE LA LEY Nº 20.418

La norma cuenta con un reglamento contenido en el Decreto 49 publicado el 28 de marzo de 2013, esto es, más de 3 años desde la publicación de la ley, el que conforme lo señala su artículo 1°, busca regular el ejercicio de los derechos sobre información y orientación en materia de regulación de la fertilidad que contempla la Ley N°20.418. El organismo del Estado que fue encomendado para el trabajo y dictación de este fue el Ministerio de Salud.

Este reglamento dispone el modo en que se ejecute el ejercicio de los derechos sobre información y orientación en materia de regulación de fertilidad, con el objeto de desarrollar una vida sexual informada, prevenir embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual y violencia sexual. Asimismo, busca regular el acceso a los métodos anticonceptivos y a la pastilla anticonceptiva de emergencia, además del derecho a la confidencialidad y privacidad en lo que respecta a las opciones y conductas sexuales, como a los métodos y terapias escogidos para la planificación de la vida sexual de cada individuo.

4. SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE LA NORMA

En razón del interés ciudadano presentado en el último tiempo respecto a la legislación en materia de VIH SIDA, diputados de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados solicitaron al Comité de Evaluación de la Ley de la Corporación, analizar la Ley N°20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

La solicitud fue ingresada al Departamento de Evaluación de la Ley a finales del mes de abril, con la firma del Presidente de la Comisión de Salud, H. Diputado Juan Luis Castro González, junto a los H. Diputados Sergio Gahona Salazar, Jaime Bellolio Avaria y la H. Diputada Erika Olivera de la Fuente.

5. OBJETIVO DEL ESTUDIO

La Evaluación de la Ley N°20.418, abordó el análisis de la norma con especial atención en la garantía del derecho a acceso a educación y salud sexual que esta mandata. Así, el estudio se desarrolló en torno a tres ejes centrales que orientaron la investigación: Derechos sexuales y reproductivos, Educación en Sexualidad, Afectividad y Género y la Prevención en Salud Sexual.

En función de lo antes señalado, se establecieron como objetivos de la evaluación:

- Constatar la adecuación de la Ley a la normativa internacional vigente.
- Analizar los mecanismos institucionales contemplados en la norma para garantizar el ejercicio del derecho
 a acceder a educación y salud sexual.
- Identificar factores que impactan en el abordaje de la educación sexual en establecimientos educacionales.
- Determinar las principales barreras asociadas a garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva.

El análisis de la Percepción Ciudadana sobre la norma abordó materias vinculadas a la educación sexual en los establecimientos educacionales, para lo cual se fijaron los siguientes objetivos:

- Evaluar la pertinencia y aplicación del portafolio educativo en sexualidad, afectividad y género desarrollado por MINEDUC en relación al cumplimiento de la Ley N°20.418.
- Identificar factores que impactan en el correcto abordaje de la educación sexual en establecimientos educacionales.
- Evaluar la acción coordinada del sector salud con los establecimientos educacionales para el correcto cumplimiento de los objetivos de la norma.

6. DESCRIPCIÓN METODOI ÓGICA

Para la realización del presente estudio se aplicó la Metodología desarrollada por el Departamento de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados de Chile y respaldada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que consta de tres fases:

La Primera fase consideró el análisis jurídico de la Ley, de la normativa internacional vigente, el estudio de la normativa secundaria y la identificación de los instrumentos elegidos por el legislador para alcanzar los objetivos de la norma. Asimismo, se observó la institucionalidad diseñada para la implementación de la Ley, con especial énfasis en las políticas públicas de educación y salud sexual en las que se enmarca el ejercicio de los derechos que busca resguardar la Ley N°20.418.

Otra de las materias que se aborda en esta primera fase, guarda relación con la identificación de las instituciones involucradas en la implementación de la norma, el rol que estas desempeñan, los principales beneficiarios y/o afectados por la Ley y los posibles efectos no previstos por el legislador. En base a lo anterior, se determina el objetivo del estudio. Para lo anterior, se llevó a cabo un análisis documental, la aplicación de entrevistas semi estructuradas a especialistas, organismos internacionales e instituciones del servicio público y la realización de mesas de trabajo en torno a focus group con distintos especialista e implementadores de la norma.

a. Panel de Especialistas: "Ejercicio del Derecho de Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Sexualidad"

Como una primera aproximación a las temáticas que aborda la ley en estudio, se invitó a participar a un panel a especialistas del área legal, de salud y educación, quienes a partir de su experiencia entregaron lineamientos a considerar al momento de analizar la norma, además de recomendaciones para la modificación de la misma. Entre los actores que participaron de este panel se encuentran:

- Irma Palma, Doctora en Psicología de la Universidad de Chile.
- Electra González e Ingrid Leal, Subdirectora y Matrona del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) respectivamente.
- Grace Schmidt, Abogada del estudio Hermosilla & Compañía Abogados.
- Carlos Beltrán, Médico Infectólogo, Presidente de la Corporación Sida Chile.
- Jaime Labarca, Médico Infectólogo de la Pontificia Universidad Católica.
- Leonardo Chanqueo, Médico infectólogo, Jefe de la Unidad de Infectología y Microbiología del Hospital San Juan de Dios.

b. Focus Group Programas de Educación Sexual

Se desarrolló un Focus Group con los encargados de las organizaciones que dictaron los siete programas de educación sexual que en 2010 fueron ofertados por el Ministerio de Educación para capacitar a docentes de diversos establecimientos educacionales del país. El objetivo estuvo centrado en conocer la experiencia recabada por estos programas en la aplicación de dicha iniciativa y en el trabajo directo con la comunidad escolar, en tanto actores que han trabajado de forma directa con los establecimientos educacionales.

De esta manera se convocó a las siguientes organizaciones de Asistencia Técnica Educativa (ATES), mucha de las cuales aún siguen prestando servicios a los establecimientos mediante la Ley de Subvención Escolar Preferencial.

Tabla 1: Participantes Focus Gruop Programas Educación Sexual

Programa	Institución	Representante	
Curso de Educación Sexual On Line de Auto Aprendizaje (CESOLAA)	Facultad de Medicina de la Universidad de Chile	Ramiro Molina, Doctor y gestor	
Programa Teen Star	Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile	Miguel del Río, Director Ejecutivo	
Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia	Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)	Diego Paz Enríquez, Jefe del Área de Educación	
Programa Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)	Facultad de Psicología de la Universidad de Chile	Irma Palma, Encargada	
Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS)	Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián.	María Ester Albornoz, Subdirectora	
Aprendiendo a Querer	Instituto Superior de Ciencias de la Familia del Instituto de Teología, Universidad Católica de la Santísima Concepción	Cristina Durán, Encargada del Área de Familia	
Curso de Educación Sexual Integral	Centro de Educación Sexual Integral (CESI)	Ricardo Capponi, Doctor y Director	
Adolescencia: Tiempo de Decisiones	Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA)	Electra González, Encargada Área de Educación Sexual	

c. Focus Group Encargados Programa Adolescentes en CESFAM Región Metropolitana

Se llevó a cabo un focus group con encargados del Programa de Salud de Adolescente y Jóvenes del Ministerio de Salud, implementado en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de diversas zonas de la región Metropolitana. Esta iniciativa se materializó en una jornada de discusión que tuvo como objeto conocer la experiencia en la atención de adolescentes enfocada en salud sexual y reproductiva.

La selección de los CESFAM se realizó en base al nivel socioeconómico de la población atendida, del total de población adolescente y joven que asiste a los centros de salud y la zona geográfica en la cual se encuentran situados.

Tabla 2: Participantes Focus Group Programa Adolescente

Comuna	CESFAM Encargado Programa			
Maipu	Dr. Carlos Godoy Lagarrigue	Viviana Rojas		
Providencia	Hernan Alessandri	Marcia Villegas Peña		
Providencia	Alfonso Leng	Antonia Purcell Burotto		
La Reina	Juan Pablo II	Francisco Arancibia		
Santiago	Ignacio Domeyko	Catalina Santelices		
Peñalolen	San Luis	Mariella Bagolini Retamal		
Quilicura	Salvador Allende	Wiliam Olivares		
Estación Central	San José De Chuchunco	Romina Pacheco Espinoza		
Estación Central	San José De Chuchunco	Leslye Gonzalez Aguilera		

d. Entrevistados para la Evaluación

Se realizaron un total de trece entrevistas, en las que participaron las siguientes instituciones y especialistas:

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

María Josefina Lecaros

Jefa de Gabinete División de Educación General

Nicole Orellana Peña

Unidad de Transversalidad Educativa

Nancy Chávez Peña

Gabinete División de Educación General

MINISTERIO DE SALUD

Macarena Valdés

Encargada Nacional del Programa Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Cettina D'Angelo

Matrona del Programa Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Juan Herrera

Matrón del área de Salud Sexual y Reproductiva. División de Atención Primaria.

Pamela Meneses

Socióloga, División de Atención Primaria. Subsecretaría Redes Asistenciales.

Teresa Soto

Programa de Salud de la Mujer y Referente de Violencia en el Curso de Vida

Rodrigo Neira

Matrón Programa de Salud de la Mujer y Referente de Violencia en el Curso de Vida.

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Verónica Ramírez

Jefa del Departamento Biomédico

Mariela Merch

Abogado. Jefa (s) Asesoría Jurídica

Pamela Araya

Jefa de Sección de Bacteriología

Maritza Ríos

Jefe del Laboratorio de Referencia de VIH

Rodrigo Fasce

Jefe del Departamento de Enfermedades Virales

UNESCO

Mary Guinn Delaney

Asesora Regional en Chile

Paula Klenner Forttes

Asistente de Programa

UNICEF

Candy Fabio Salas

Oficial de Protección Infantil

OMS

Paloma Cuchi

Representante de la OPS/OMS Chile

Magdalena Fernández

consultora de Proyectos OPS/OMS Chile

Zohra Abaakouk

Consultora Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Sonia Caffe

Asesora Regional Salud Adolescente OPS/OMS

Ignacio Ibarra Regional Advisor

Health-Related Law, Office of the Legal Counsel, Panamerican Health Organization/ World Health Organization

Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León

ObGyn, MSPH, PhD Asesor Regional de Salud Reproductiva CLAP/SMR

Dr. Alejandro Morlachetti

Asesor Regional de Derechos Humanos

PROFESIONALES SALUD

HOSPITAL SÓTERO DEL RIO

Ana María Fernández

Matrona Jefa, Hospital Sótero del Río

Cristián Jerez Plaza

Referente Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Alejandro Afani

Director del Centro VIH del Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Pablo Ferrer

Jefe Laboratorio de Medicina Molecular Carmen Gloria Greve, Psicóloga Hospital Clínico Universidad de Chile

CESFAM CENTRO SUR, ANTOFAGASTA

Jennifer Pizarro

Asistente Social

ESPECIALISTAS

Lidia Casas

Abogada, Directora del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales

Ramiro Molina

Médico. Director CESOLAA, Plataforma Online de Educación Sexual.

Daniel Reyes

Doctor en Psicología. Asesor Unesco y MINEDUC

Aldo Meneses

Sociólogo, Subdirector del Instituto de Asuntos Públicos. Universidad de Chile

Rodrigo Vera

Asesor Unesco, especialista en Educación en sexualidad y afectividad

Leonardo Arenas

Trabajador Social. Docente e investigador en educación sexual

Guido Reyes

1er. Vicepresidente del Colegio de Profesores

Juan Manuel Troncoso

Encargado Convivencia Escolar Tal Tal

e. Percepción Ciudadana

Conocer la opinión de la sociedad civil sobre la norma es otro de los factores que incorpora la metodología desarrollada por la Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados de Chile. Para el presente estudio, se realizaron dos Foros Ciudadanos, los cuales se llevaron a cabo en las regiones Metropolitana y de Antofagasta, respectivamente. Para su ejecución, se convocó a participar a encargados de convivencia escolar y/u orientadores de establecimientos educacionales que reciben financiamiento público.

Durante el desarrollo del trabajo de campo se constató que existen diferencias administrativas y organizacionales entre los establecimientos educacionales. Así, se observó que el encargado o responsable de la ejecución de los programas de educación sexual varía según las características de los establecimientos convocados, pudiendo recaer la responsabilidad tanto en los encargados de convivencia escolar como en los orientadores de los colegios. De esta manera, se extendió la invitación a participar al responsable de la materia en cada colegio.

Debido a la diversidad de establecimientos educacionales que compone el sistema educacional chileno, y en consideración que la norma contempla el respeto a los proyectos educativos institucionales en la ejecución de los programas de educación sexual, se segmentaron las mesas de trabajo realizadas en los foros de participación ciudadana con la finalidad de dar representatividad a esta diversidad.

Para la realización de la segmentación de los colegios, se utilizó la "Base de Datos Directorio de Establecimientos Educacionales 2018" disponible en el sitio web de datos abiertos de MINEDUC¹. Así, la primera segmentación corresponde a la dependencia administrativa de los establecimientos educacionales, seleccionando municipales y subvencionados. En segundo lugar, se seleccionaron los colegios en relación a su orientación religiosa. De esta manera, se obtienen tres estratos: establecimientos educacionales municipales², establecimientos educacionales subvencionados sin orientación religiosa, y establecimientos educacionales subvencionados con orientación religiosa.

Es importante destacar que en la Región de Antofagasta se segmentaron los establecimientos educacionales solamente en relación a su dependencia administrativa. Esto debido a la cantidad de colegios presentes en la región, donde no se contaba con un número suficiente para organizar grupos en relación a su orientación religiosa. Otro elemento a considerar en la lectura de los datos es que la muestra obtenida en Antofagasta para los colegios subvencionados se compone en su mayoría por colegios de orientación religiosa.

 $^{1\ \}underline{\text{http://datos.mineduc.cl/dashboards/19731/bases-de-datos-directorio-de-establecimientos-educacionales/}$

² En la base de datos descargada desde MINEDUC se observan establecimientos educacionales de dependencia municipal con orientación religiosa, sin embargo, al establecer contacto con los establecimientos declararon no tener orientación religiosa, por lo que se determinó trabajar solamente con tres estratos.

Finalmente, tomando en consideración la heterogeneidad en el ingreso de los habitantes de las comunas que componen la Región Metropolitana, se incorporó un tercer criterio para otorgar mayor representatividad a cada segmento. De esta manera, se utilizó la variable de población en situación de pobreza de ingresos³ según comuna a partir de la Encuesta CASEN 2013, con la finalidad de generar grupos compuestos por comunas homogéneas entre sí. De esta manera se generaron tres grupos⁴, los cuales fueron representados en igual proporción al interior de cada uno de los segmentos que compusieron las mesas de trabajo: establecimientos municipales, establecimientos subvencionados sin orientación religiosa y establecimientos educacionales subvencionados con orientación religiosa.

7. DOCUMENOS APORTADOS

Instituciones y especialistas refirieron diversos estudios e investigaciones sobre salud y educación sexual durante el proceso de evaluación de la norma, con el fin de complementar las entrevistas sostenidas con el equipo técnico de la Ley.

Entre los aportes destacan aquellos realizados especialmente para esta investigación por parte de los profesionales del Ministerio de Salud, además de la información compartida por Ramiro Molina, Médico con amplia trayectoria en salud reproductiva en Chile y por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

El Programa de Salud Adolescente del Ministerio de Salud en conjunto con el programa Salud de la Mujer y el área de Salud Sexual y Reproductiva de la División de Atención Primaria aportaron una minuta en la que identifican las distintas normas, orientaciones técnicas, resoluciones exentas, reglamentos y circulares asociados a la Ley. Además, incorpora un apartado donde identifican algunos nudos críticos de la Ley N°20.418, los distintos registros estadísticos vinculados con la norma en estudio, se refieren a las capacitaciones de los funcionarios y al trabajo intersectorial que se desarrolla.

Por su parte, el médico Ramiro Molina aportó antecedentes históricos sobre los programas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, identificando hitos que marcaron el proceso en nuestro país. Asimismo, destacó los primeros acercamientos sobre educación sexual, destacando la experiencia recopilada en la implementación de un programa de educación en línea, gratuito dirigido a docentes, estudiantes, pares y todos quienes deseen aprender sobre educación sexual.

Así mismo, la División de Políticas Sociales de la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de desarrollo social aportó datos sobre escolaridad y sistemas de salud a solicitud del Departamento de Evaluación, mientras que la División de transversalidad Educativa del Ministerio de Educación complementó su colaboración con información estadística y normativa secundaria asociada a la materia en estudio.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en consideración de la relevancia del tema investigado por la Cámara de Diputados, compartió de forma exclusiva el documento de trabajo titulado "Recomendaciones para una política actualizada de educación sexual en Chile" el cual se encuentra en proceso de publicación.

³ La variable población en situación de pobreza de ingresos corresponde a la nueva metodología elaborada para la Encuesta CASEN 2013. Los datos fueron obtenidos a través del sitio web: https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2014/12/INDICADORES-COMUNALES-CASEN-RMS-2013.xls

⁴ Los tramos de corte para la variable población en situación de pobreza de ingresos se establecieron en un 4% y 9% respectivamente.

CAPÍTULO II.

CIFRAS NACIONALES E HITOS INTERNACIONALES EN SALUD Y EDUCACIÓN SEXUAL



CAPÍTULO II. CIFRAS NACIONALES E HITOS INTERNACIONALES EN SALUD Y EDUCACIÓN SEXUAL

En el presente capítulo se muestran cifras sobre salud y educación sexual, con el objeto de contextualizar el estado nacional sobre esta materia. Lo anterior, en base a información aportada por los implementadores de la norma.

El apartado inicia con la Estrategia 90-90-90, que fija metas a cumplir a nivel internacional en materia de VIH, estableciendo el porcentaje de cumplimiento de Chile con respecto a Latinoamérica. Asimismo, se trata la cantidad de notificaciones que ha existido a nivel nacional tanto para esta enfermedad como para otras de transmisión sexual.

Posteriormente, se desarrolla la temática de salud reproductiva, con énfasis en los métodos de regulación de la fertilidad, junto a la cantidad de nacidos vivos en el país y el número de mujeres que ha sido madre adolescente.

La segunda materia abordada en el capítulo, guarda relación con la educación sexual, referida a matrículas según cantidad de alumnos, dependencia administrativa de los establecimientos, y estudiantes matriculados en enseñanza media que acceden al sistema de salud, tanto público como privado.

Finalmente, se abordan algunos hitos que han marcado la discusión internacional en torno a los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de ofrecer un panorama general de los compromisos y acuerdos pactados a nivel mundial sobre la materia, destacando ciertas experiencias claves.

1. SALUD

1.1 Resultados de la Estrategia 90-90-90 en Chile

En mayo de 2014, se celebró en Ciudad de México, el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe, sobre el Continuo de Atención del VIH, organizado por ONUSIDA y OPS/OMS. Su objetivo, según declaró la Organización Panamericana de la Salud fue "contribuir hacia la expansión y sostenibilidad de la respuesta al VIH, a fin de reducir el número de nuevas infecciones y alcanzar el mayor número posible de personas con supresión efectiva y sostenida del virus".

Para lo anterior, se fijaron y adoptaron metas para ampliar los servicios de pruebas y tratamiento del VIH para el año 2020. Las metas consideraron aumentar al 90% el conocimiento de la proporción de personas que viven con el VIH, aumentar al 90% el tratamiento antirretrovírico continuado, en las personas diagnosticadas con el VIH, y aumentar al 90% la presentación de una carga viral indetectable de las personas que reciben la terapia antirretrovírica. A esta planificación se le llamó Estrategia 90–90–90.

Tras la implementación de la descrita Estrategia, ONUSIDA el año 2017 presenta un informe sobre la actualización global del SIDA (Global AIDS Update), que buscó observar el progreso hacia los objetivos planteados por la Estrategia 90-90-90 no solo para Latinoamérica y el Caribe sino que también a nivel mundial.

El mencionado informe recoge en el apartado de Latinoamérica, la situación de Chile con respecto a la región, señalando que en el país las nuevas infecciones aumentaron en un 34% entre los años 2010-2016, frente a la situación latinoamericana donde la tendencia en el contagio de VIH se observa estable.

A continuación, se exponen los porcentajes de cumplimiento de las Estrategia 90-90-90, informados en el Global AIDS Update de ONUSIDA sobre la situación nacional:

Tabla 3: Porcentaje de cumplimiento de la Estrategia 90-90-90 Chile con respecto a Latinoamérica

Fase	Objetivo	Porcentaje de Cumplimiento	
		Chile	Latinoamérica
Primera 90	Aumentar el conocimiento de las personas que viven con VIH.		
		69%	81%
Segunda 90	Aumentar el tratamiento antirretrovírico en las personas diagnosticadas con VIH.		
		77%	72%
Tercera 90	Aumentar la presentación de una carga vírica indetectable de las personas que reciben la terapia antirretrovírica.	>89%	79%

Fuente: Global AIDS 2017.

En Chile, la Circular N°B51 /18, de marzo de 2007 del Departamento de Epidemiología de la Subsecretaria de Salud Pública, indica que le corresponde al Ministerio de Salud la vigilancia epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), esto desde el primer caso notificado en 1984, donde se estableció como una enfermedad transmisible de declaración obligatoria.

Por su parte, el Decreto Supremo N°158 que aprueba el reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria del año 2004, en su artículo 1°, letra b) le otorga al VIH el rango de enfermedad de notificación diaria, para mantener un diagnóstico actualizado de todos aquellos portadores del virus, con el objeto de enfocar tanto los servicios de prevención como los de tratamiento.

Al revisar las notificaciones de casos de VIH en los últimos 5 años en el país, es posible observar cómo éstos han aumentado en el transcurso del tiempo, consignándose para el año 2017 la cantidad de 3.291 casos notificados.

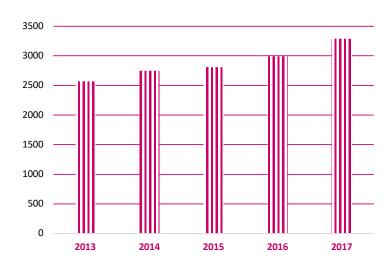


Gráfico N°1: Casos de notificaciones por VIH en Chile desde 2013 -2017

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud. Los datos de años 2016 y 2017 son provisorios, y en el año 2013 se consignan dos casos sin edad.

Tabla II: Notificaciones por VIH según grupos de quinquenales de edad. Chile 2013 -2017*

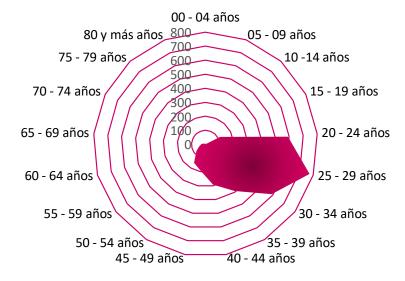
Grupo edad	2013 2014		2015		2016*		2017*			
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
00 - 04 años	3	0,2	4	0,3	11	0,9	8	0,6	19	1,5
05 - 09 años	1	0,1	0	0	3	0,2	3	0,2	3	0,2
10 - 14 años	1	0,1	3	0,2	1	0,1	3	0,3	0	0
15 - 19 años	106	7,7	96	7,1	100	7,6	120	9,2	116	9,1
20 - 24 años	534	35,8	540	36,5	564	38,6	545	37,9	590	41,7
25 - 29 años	508	35,2	565	38,4	572	38,2	687	45,3	772	50,6
30 - 34 años	428	33,3	441	33,4	444	32,7	517	37	590	41,1
35 - 39 años	259	20,9	301	24,3	326	26,2	345	27,5	393	30,8
40 - 44 años	241	19,3	260	20,9	252	20,3	248	19,9	292	23,5
45 - 49 años	210	16,6	230	18,2	213	16,9	185	14,8	191	15,3
50 - 54 años	124	10,5	147	12,2	134	11	141	11,4	155	12,4
55 - 59 años	80	8,3	67	6,6	95	9	96	8,8	80	7,1
60 - 64 años	41	5,4	53	6,7	50	6,1	57	6,6	46	5,1
65 - 69 años	22	3,7	23	3,7	23	3,6	23	3,5	29	4,2
70 - 74 años	9	2	11	2,4	11	2,3	10	2	10	1,9
75 - 79 años	3	0,9	6	1,8	9	2,6	4	1,1	4	1,1
80 y más años	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,2	1	0,2
TOTAL	2571	14,6	2748	15,4	2809	15,6	2993	16,5	3291	17,9

(*) 2016 y 2017, datos provisorios Tasas por 100.000 habs. (Año 2013, 2 casos sin edad)

Fuente: Base de Datos ENO. DEIS. Epidemiología, MINSAL, Chile.

De acuerdo a los casos notificados durante el año 2017, según el rango etario (gráfico N°2), queda de manifiesto la existencia de una alta concentración a partir del grupo "20 – 24 años" con 590 casos, seguido por el grupo "25 – 29 años" con 772 y luego por el grupo "30 –34 años" con 590, dando lugar al descenso de los casos con el paso de la edad.

Gráfico N°2: Casos de notificaciones por VIH en Chile durante el año 2017, según grupo de edad.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud, (datos 2017 provisorios).

El Decreto Supremo N°158, además de señalar al VIH como una enfermedad de notificación diaria, considera en este mismo rango a otras enfermedades de transmisión sexual como la Gonorrea, la Hepatitis viral B, y la Sífilis en todas sus formas y localizaciones -las que al igual que el VIH- han experimentado aumento sostenido, que es posible observar en el siguiente gráfico:

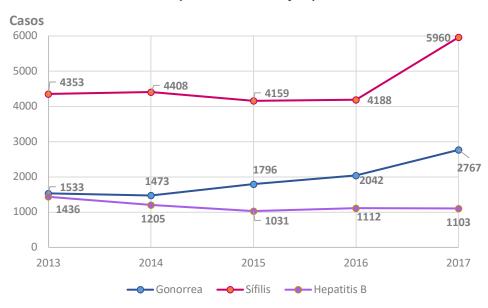


Gráfico N°3: Casos de notificaciones por Gonorrea, Sífilis y Hepatitis B desde 2013 -2017⁵ en Chile.

Fuente: Elaboración propia con información de base de Datos ENO. DEIS. Epidemiología, MINSAL, Chile.

En atención a la información y cifras aportadas por el MINSAL, se puede observar que la Hepatitis B se mantuvo casi con los mismos casos notificados durante los años 2016 y 2017. La la Gonorrea en cambio, sufrió un aumento de 725 casos entre los mismos años, llegando el 2017 a 2.767 notificaciones, sin embargo, el mayor aumento lo consignó la Sífilis, enfermedad de transmisión sexual que alcanzó 5.960 casos durante el año 2017, aumentando un 42,31% respecto al año anterior.

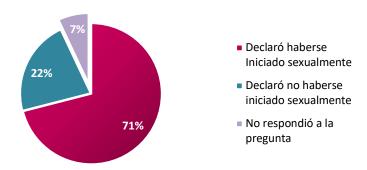
1.2 Iniciación sexual de las y los jóvenes en Chile

La 8ª Encuesta Nacional de Juventud aplicada el año 2015, registró la declaración sobre el inicio sexual de las personas jóvenes. De acuerdo a la ficha metodológica, el universo de jóvenes encuestadas correspondió a mujeres y hombres, entre 15 y 29 años, residentes de las regiones del país de zonas urbanas y rurales. Con un tamaño de muestra de 9.393 casos.

La mencionada encuesta arrojó que un 71% de ellos declaraban iniciado sexualmente, mientras que un 22% señalaba no haberlo hecho. Por otra parte, el 7% de los encuestados decidió no responder la pregunta.

⁵ Gonorrea: 2015, 2016, 2017 datos provisorios (año 2015 y 2017 casos sin edad) Tasas por 100.000 habs. Sífilis: 2015 y 2016, datos provisorios. Tasas por 100.000 habs.

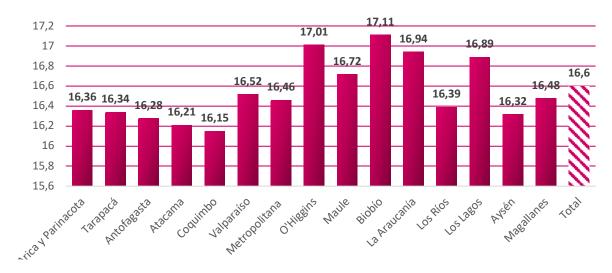
Gráfico N°4: Declaración de jóvenes iniciados sexualmente



Fuente: Elaboración propia en base a 8ª Encuesta Nacional de juventud, 2015. Ministerio de Desarrollo Social.

Al consignar la edad de iniciación sexual por región, se puede determina que la edad promedio nacional es de 16,6 años. Siendo la región de Coquimbo en donde los jóvenes se inician sexualmente a más temprana edad.

Gráfico N°5: Edad promedio de iniciación sexual según región



Fuente: 8ª Encuesta Nacional de Juventud, 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

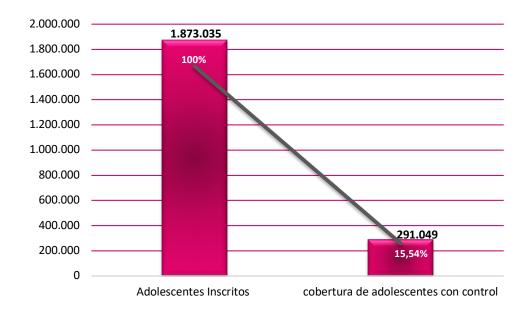
1.3 Cobertura de adolescentes con Control de Salud Integral

El Programa Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, se desarrolla a lo largo de todo el país, a través de las Secretarias Regionales Ministeriales (SEREMIS), con el objeto de mejorar el acceso a servicios de calidad, en todos los niveles de atención. Sin embargo, el documento correspondiente al plan de acción del referido programa, establece que éste se centra principalmente el quehacer del nivel primario de atención, dado que la mayor demanda de atención de salud de adolescentes (entre 10 – 19 años) y jóvenes (entre 20 – 24 años) ocurre y se resuelve en este nivel.

Dentro de dicho programa se aloja el Control de Salud Integral de Adolescentes, denominado "Control Joven Sano", que consiste en una acción específica de salud, complementaria a la atención destinada a adolescentes beneficiarios del sistema público de salud. El mencionado plan de acción se instaló el año 2012, con el objeto de "evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los factores protectores y de riesgo y problemas de salud" de manera de intervenir de forma oportuna en la atención que este grupo etario requiera.

A pesar de la existencia de este Plan de Acción, se registró durante el año 2017 que tan solo un 15,54% del total de adolescentes inscritos en el Sistema Público de Salud accedió al Control de Salud Integral. Lo que puede observarse en el siguiente gráfico:

Gráfico N°6: Cantidad Adolescentes inscritos en el Sistema Público de Salud en contraposición con la cobertura de adolescentes con control, durante el año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud.

1.4 Espacios Amigables en el país

Los Espacios Amigables, son dispositivos de salud insertos en el espacio local, siendo parte de los Servicios de Salud Integrales Amigables para Adolescentes. Nacen como respuesta del Estado para enfrentar la atención de salud de adolescentes y jóvenes en los establecimientos de salud del nivel primario, correspondientes a los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Consultorios General Urbano (CGU) y Consultorios General Rural (CGR). Esto es determinado como un Programa de Atención Primaria, a través de la Resolución Exenta N°597 del 28 agosto de 2008.

Tras su implementación, se informó en el documento de Orientaciones Técnicas (MINSAL, 2017) que durante el primer semestre de 2009 se instalaron 54 dispositivos, priorizando las comunas con altas tasas de embarazo adolescente.

La cantidad de espacios ha ido en aumento con el transcurso de los años, consignando que para el año 2017, los dispositivos ascendieron a 263, aumentando así en un 387% desde su implementación en el año 2009. A su vez, el Ministerio de Salud ha declarado en sus estrategias desarrolladas por el Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, que para el año 2020 espera contar con uno de estos espacios en cada centro de salud pública del país, fijando una meta de 567 dispositivos a nivel nacional, correspondientes a 417 CESFAM, 84 CGU y 66 CGR.

Gráfico Nº7: Cantidad de Espacios Amigables en el país, según año y meta de MINSAL para el 2020

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud, 2017.

De acuerdo al gráfico N°7, se puede advertir que se ha logrado un 46,38% de la meta estimada para el año 2020. Es relevante indicar, además, que esta meta fue modificada en razón al cambio que se realizó al indicador de la Estrategia Nacional de Salud (2011- 2020) durante el año 2014, con el fin de avanzar en el cierre de brechas en la atención de adolescentes.

1.5 Métodos de Regulación de la Fertilidad

La Organización Mundial para la Salud, declara que la salud sexual y reproductiva, constituyen procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano, donde la sexualidad abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Asimismo, el Organismo Internacional define Salud Reproductiva como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", abordando con ello todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo, en cuanto a funciones y procesos relativos a todas las etapas de la vida. Lo que "implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. De esta manera se declara que tanto las mujeres como los hombres, pueden elegir métodos de control de la fertilidad, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables".

Dado lo anterior, y conforme transcurren los años, se advierte una tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad, tanto a nivel global como nacional. De esta manera, se consigna para el caso chileno una tasa de fertilidad de 1,77 durante el año 2016, estimando con ello el nacimiento de dos hijas/hijos por mujer en el país, mientras que a nivel mundial ésta se registró en 2,44 para el mismo año.

Gráfico N°8: Tasa Fertilidad Mundial y Nacional, según año.

Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos informados por El Grupo del Banco Mundial.

Paralelamente, se observa que, si bien la tasa de fertilidad ha tendido a una constante disminución en el tiempo, la población bajo control en Regulación de la Fertilidad ha ido en un sostenido aumento, registrándose para el año 2016 en Chile un universo de 1.520.386 personas bajo control. De estas, un 13,42% corresponde a adolescentes.

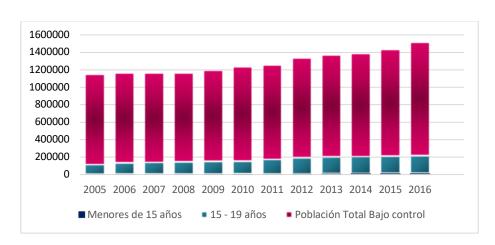


Gráfico N°9: Población bajo control en regulación de la fertilidad, 2005 – 2016, Sistema Público de Salud.

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud.

Al centrarse únicamente en la población adolescente, se evidencia que desde el año 2010 comienza un mayor aumento de los usuarios en control en regulación de la fertilidad, cifras que se incrementaron en un 37,17% desde el 2010 al año 2016.

250000 200000 150000 100000

Gráfico N°10: Población adolescente bajo control en regulación de la fertilidad, 2005 - 2016

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud.

50000 0 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 ■ Menores de 15 años ■ 15 - 19 años

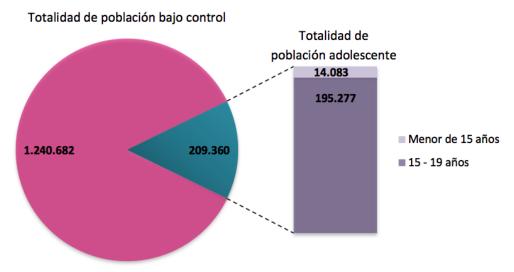
Actualmente, el sistema público de salud chileno, dispone de los siguientes métodos anticonceptivos que ofrece a través del Programa de Salud de la Mujer de forma gratuita en la Atención Primaria de Salud (APS):

Tabla 4: Métodos Anticonceptivos entregados en APS

Dispositivo Intrauterino con cobre (D.I.U)	"T de cobre"
	Píldoras combinadas (estrógeno y progesterona)
	Píldoras de progestina sola (levonorgestrel)
	Inyectable combinado mensual
Hormonal	Inyectable combinado trimestral de progestina sola
	Implante subdérmico de etonogestrel
Preservativo Masculino de látex	
Anticoncepción de emergencia	Anticoncepción de emergencia de levonorgestrel

En cuanto al registro que realiza MINSAL sobre la población bajo control que accede a alguno de los métodos anticonceptivos indicados, se advirtió que al mes de diciembre de 2017 había un total de 1.450.042 personas bajo control en regulación de la fertilidad. De ellas 209.360 fueron adolescentes, lo que correspondió a un 14,44% de la población total.

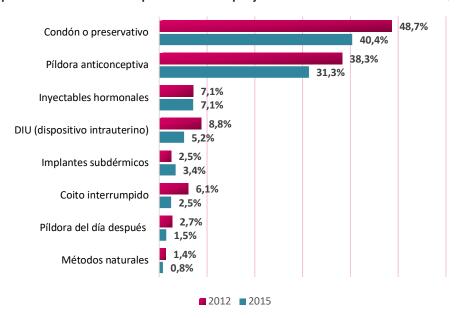
Gráfico N°11: Población bajo control que accede a métodos anticonceptivos



Fuente: Elaboración Propia en base a información aportada por Ministerio de Salud (con datos preliminares de DEIS - MINSAL de diciembre de 2017).

De acuerdo a la 8ª Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2015, p. 15), "los métodos más utilizados por población joven, tanto en la primera como en la última relación sexual son, en orden: el preservativo y la píldora anticonceptiva. Las personas jóvenes entre 15 y 19 años presentan un mayor porcentaje en el uso del condón en su última relación sexual que las personas jóvenes de 20 años o más".

Gráfico N°12: Tipos de métodos anticonceptivos utilizados por jóvenes en su última relación sexual, según año (%)



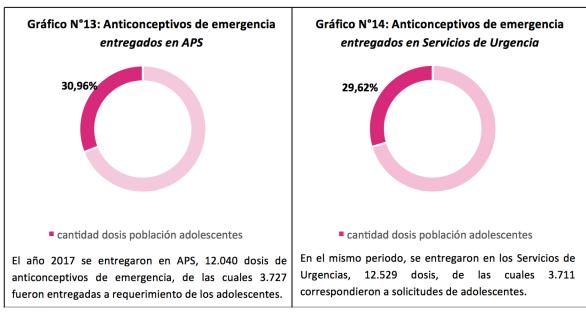
Nota: Pregunta de respuesta múltiple. Porcentajes suman más de 100. n= 5.603 (2012), n=6.354 (2015)

P124 ¿Qué método(s) anticonceptivo(s) usaste tú o tu pareja en tu ÚLTIMA relación sexual?

Fuente: Encuesta Nacional de Juventud 2012 y 2015. INJUV

Asimismo, la encuesta junto con destacar que un 71% de las y los jóvenes iniciados sexualmente reportaron haber utilizado algún método anticonceptivo en su última relación sexual, también comparó la situación con el año 2012, advirtiendo que "el porcentaje de jóvenes que ha utilizado algún método ha disminuido 10 puntos porcentuales, pasando de un 87% en el año 2012 a un 77% en el año 2015" (INJUV, 2015, p.105).

1.6 Acceso a la Anticoncepción de Emergencia en grupo adolescente



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud.

1.7 Total de nacidos vivos en el país

De acuerdo a la información proporcionada por el Ministerio de Salud, el promedio de nacidos vivos durante los años 2005 – 2015 correspondió a 243.466.

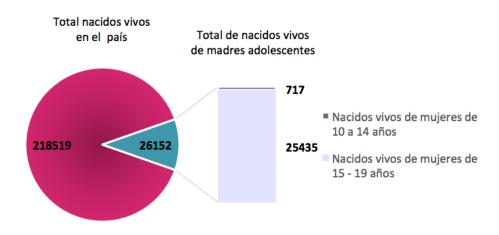
2015 2014 2013 2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005 220.000 225.000 230.000 240.000 245.000 250.000 255.000

Gráfico N°15: Total de nacidos vivos en el país (2005 - 2015)

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud.

De igual manera, según la información más reciente aportada por Ministerio de Salud, se consigna un total de 244.671 nacidos vivos en el país durante el año 2015, de ellos 26.152 correspondieron a hijas/os de madres adolescentes.

Gráfico N°16: Total de nacidos vivos de madres adolescentes, con respecto al total de nacidos vivos de las mujeres en el país (2015).



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Ministerio de Salud.

Paralelamente, la 8ª Encuesta Nacional de Juventud, señaló que el 31% de la muestra aplicada a jóvenes declaró tener una hija/o, hecho que se presentaba en mayor medida en mujeres y jóvenes de nivel socioeconómico medio y bajo, condición de desigualdad que se manifestaba también al analizar el embarazo en la adolescencia.

En este sentido, la última encuesta CASEN (2017), establece que existe una mayor cantidad de madres adolescentes en zonas rurales que en urbanas, no obstante, se observa una disminución del porcentaje de embarazo de esta población en el transcurso de los años. Por otra parte, el 22% de las jóvenes encuestadas declaró haber experimentado un embarazo no planificado.

Gráfico N°17: Porcentaje de mujeres de 12 años o más que han sido madres adolescentes por zona (2011 - 2017)



* Al 95% de confianza, las diferencias entre las estimaciones 2015 y 2017 SON significativas.

* Se excluye categoría "No sabe/No responde"

Fuente: Encuesta CASEN, 2017. Resultados Salud.

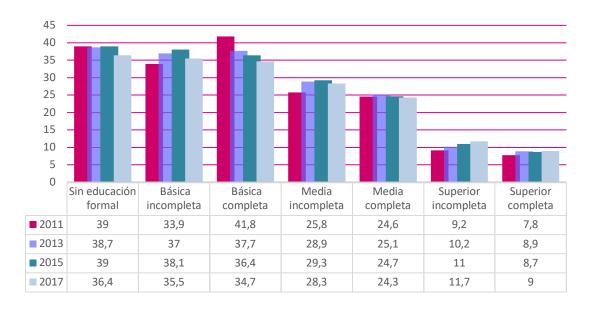
^{*} Las diferencias entre residentes de zonas urbanas y rurales SON significativas al 95% de confianza en 2017.

1.8 Nivel educacional de las mujeres que han sido madres adolescentes

Según la información aportada por la última encuesta CASEN (2017), en relación al nivel educacional de aquellas mujeres que han sido madres adolescentes, se permite dar cuenta que independiente del nivel de formación alcanzado, estos casos han ido disminuyendo con el transcurso de los años.

Por otra parte, se visualiza que las categorías "Sin educación formal", "Básica incompleta" y "Básica completa" corresponden a los niveles educacionales que caracterizan en mayor medida el grado de educación que tienen las mujeres que han sido madres adolescentes.

Gráfico N°18: Porcentaje de mujeres de 12 años o más que han sido madres adolescentes por nivel educacional (2011-2017)



^{*} Al 95% de confianza, las diferencias entre las estimaciones 2015 y 2017 SON significativas.

Fuente: Encuesta CASEN, 2017. Resultados Salud.

Con los años, es posible establecer, que las madres adolescentes cada vez acceden a un nivel de educación mayor, lo que se manifiesta en los porcentajes de nivel del educación superior alcanzados, ya sea incompleta o completa.

No obstante, y a pesar de la diminución del embarazo en la adolescencia, este sigue siendo un factor que incide en la deserción escolar, situación que abre el debate sobre la inclusión de una educación sexual formal desde una temprana edad, más aún si se considera que los embarazos adolescentes se dan en mayor medida en un nivel de educación bajo.

^{*} Las diferencias entre residentes de zonas urbanas y rurales SON significativas al 95% de confianza en 2017.

^{*} Se excluye categoría "No sabe/No responde"

1.9 Víctimas de Violencia Sexual en Chile

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definen en el documento "Comprender y Abordar la Violencia Contra las Mujeres" publicado el año 2013, el concepto de violencia sexual como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo", además indican que ésta "abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física".

Durante el año 2017 ingresaron 25.105 víctimas por categoría de delitos sexuales en el país, según lo registra el Sistema de Apoyo a los Fiscales (SAF), en el anuario estadísticos que lleva a cabo el Ministerio Público. A continuación, en el gráfico se observa la cantidad de víctimas ingresadas por región:

9.000 8.000 7.000 6.000 5.000 4.000 3.000 2.000 1.000 Metropolitana Codringo Valoaraiso La Araucania O'Higgins Biobio los Rios Maule

Gráfico N°19: Víctimas ingresadas por región en categoría de delitos sexuales, año 2017

Fuente: Elaboración propia en base a datos alojados en el boletín anual 2017, del Ministerio Público.

A su vez, el Ministerio del Interior -a través de la Subsecretaría de Prevención del Delito- mantiene alojado en su sitio web el registro de denuncias y detenciones que Carabineros de Chile consigna en su Sistema de Automatización Policial (AUPOL). Este registro trata sobre delitos violentos contra las personas, recogiendo entre sus cifras, la cantidad de víctimas de violaciones que existe en el país.

El gráfico N°20, muestra la cantidad de denuncias y detenciones que se han realizado bajo este motivo, pudiéndose percibir que desde el año 2011 la cifra total país comienza a descender.

3.000 2.500 2.000 1.500 1.000 500 0 2005 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2015 Menores de 14 años ■ 14 - 17 años Total país

Gráfico N°20: Menores de edad víctimas de violaciones, según partes de denuncias y detenciones.

Fuente: Elaboración propia en base a datos alojados en Estadísticas, de la Subsecretaría de Prevención del Delito, del Ministerio del Interior.

Al analizar la información sobre la comisión del delito en menores de edad, se establece que durante el año 2015, 517 menores de 14 años, y 429 menores entre 14 – 17 años, fueron víctimas de violación, lo que correspondió a un 48% de las víctimas totales del país. A su vez, se observa que desde el año 2005 el presente delito mostró una mayor predominancia en menores de 14 años.

Finalmente, con la información expuesta en este acápite se deja de manifiesto que adolescentes y jóvenes representan un grupo etario de riesgo, que requiere mayor atención por cuanto se ven expuestos a enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y embarazos adolescentes, situación que se reafirma en las cifras antes señaladas.

2. ESTADÍSTICAS REFERENTES A INFORMACIÓN EN MATERIA DE EDUCACIÓN SEXUAL EN CHILE

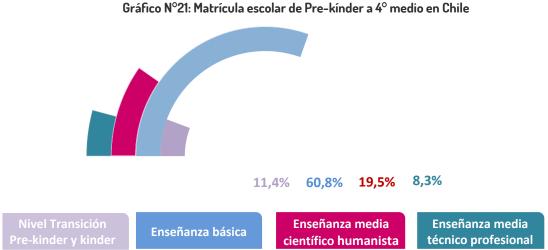
2.1 Información sobre Matrícula de Estudiantes en el Sistema Escolar Chileno

A continuación, se presenta el contexto nacional sobre la información otorgada a partir de la cantidad de matrículas de estudiantes en el sistema escolar, considerando el nivel de enseñanza y la dependencia administrativa de los establecimientos educacionales.

a. Situación actual sobre la cantidad de matrícula escolar de Pre-kínder a 4º medio

Los datos contenidos en esta sección, corresponden a información obtenida de la plataforma web Datos Abiertos, elaborada por el Centro de Estudios del Ministerio de Educación de Chile, la que almacena información desde 1992 a la fecha.

El Gráfico Nº21, presenta un desarrollo estadístico descriptivo de los datos referidos a la cantidad de matrículas escolares, por nivel de enseñanza en el Sistema Escolar, en establecimientos en funcionamiento. Durante el año 2017, se registró un total de 3.225.910 matrículas escolares entre pre-kínder y cuarto medio.



Fuente: Elaboración propia en base a registro del Centro de Estudios, División de Planificación y Presupuesto, Ministerio de Educación, 2017.

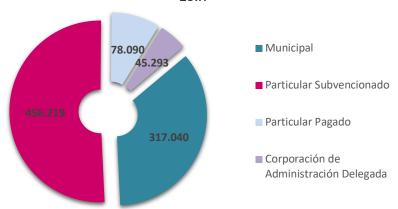
La cantidad de matriculados durante el año 2017, se concentró con un 60,8% en el nivel de Enseñanza básica. Por otra parte, al unir la modalidad científico humanista y técnico profesional dentro de la categoría Enseñanza media, éste alcanza un total de 896.547 matriculas, lo que corresponde a un 27,8% del total de adolescentes matriculados en el sistema escolar. Finalmente, la menor cantidad de matrículas se presentó en el nivel de transición pre-kinder y kínder con un 11,4%.

Del gráfico se desprende que un 72,2% de niños, niñas y pre-adolescentes, que cursan los niveles de transición pre-kínder, kínder y enseñanza básica respectivamente, quedan fuera del público objeto de la ley, dado que la norma se enfoca solo en el nivel de enseñanza media. Esta situación acontece a pesar de que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) recomiende para la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI), que ésta sea impartida desde la niñez, en base a la evidencia que ha recabado sobre el desarrollo de actitudes, habilidades y valores positivos en las personas.

b. Matriculados en Enseñanza Media según dependencia administrativa

A pesar que la cantidad de matrículas se concentra en el nivel de Enseñanza Básica, la Ley en análisis establece que los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deben incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual. Dado el mandato efectuado por la norma, se recoge la cantidad de matrículas registradas en el nivel de Enseñanza media, durante el año 2017. Asimismo, la información se segmenta acorde a la dependencia administrativa que posee el establecimiento.

Gráfico N°22: Cantidad de matrículas en Educación Media según dependencia administrativa del establecimiento, 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a registro del Centro de Estudios, División de Planificación y Presupuesto, Ministerio de Educación, 2017.

Actualmente los establecimientos de dependencia administrativa Particular Subvencionado, son los que con un 51% registraron la mayor concentración de las matrículas de los alumnos de Enseñanza Media. No obstante lo anterior, los lineamientos entregados por el Ministerio de Educación en materia de educación sexual se enfocan principalmente en los establecimientos municipales, quienes concentraron un total del 35% de las matrículas.

c. Matriculados en Enseñanza Media de acuerdo al sistema de salud del estudiante

El sistema de salud en Chile se compone por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), organismo público encargado de otorgar cobertura de atención en salud, y por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), aseguradoras privadas de salud.

Al realizar el cruce entre las matrículas según dependencia administrativa de los establecimientos educacionales y el sistema de salud del cual son beneficiarios los estudiantes, se logra advertir en primer lugar que el universo de estudiantes beneficiarios de FONASA corresponde a un 75%, mientras que el de ISAPRES a un 18,5%.

Asimismo, los estudiantes beneficiarios de Fonasa se concentran en un 38% en los establecimientos particulares subvencionados, mientras que el 31% están matriculados en establecimientos municipales. Lo anterior cobra relevancia si se observa que los programas como el de Salud Adolescente y otros vinculados a educación sexual, se encuentran dirigidos especialmente a colegios municipales.

Municipal 350.000 300.000 250.000 200,000 1,50,000 Fonasa 1,000,000 Corporación de ,50,000 ■ Isapre **Particular** Administración Subvencionado Delegada ■ Ninguno **Particular Pagado**

Gráfico Nº23: Matriculados en Educación Media de acuerdo al Sistema de salud del estudiante

Fuente: Elaboración propia en base a cifras aportadas por la División de Políticas Sociales de la Subsecretaría de Evaluación Social, Ministerio de Desarrollo Social, 2017.

En segundo lugar, se aprecia en el Gráfico N°23, que la concentración de los estudiantes beneficiarios de FONASA se presenta con un 92,5% en los establecimientos municipales y particulares subvencionados. En cuanto la concentración de los beneficiarios de ISAPRES se observa que un 86,9% se sitúa en establecimientos particulares subvencionados y particulares pagados.

2.2 Educación Sexual

a. Acceso a material de educación sexual según dependencia administrativa de los establecimientos educacionales

Al analizar el número de establecimientos educacionales vigentes, de acuerdo a los datos del Directorio Oficial de Establecimientos, que registra el Centro de Estudios del Ministerio de Educación, se consignan para el año en curso un total de 16.044 establecimientos en el país, de los cuales 11.574 están funcionando con matrícula.

Por otra parte, se constata que, de la totalidad de los establecimientos reconocidos por el Estado, un 47% corresponde a Establecimientos Subvencionados, mientras que el 41% posee dependencia administrativa municipal.

Esto cobra relevancia si se observa la relación entre la dependencia administrativa de los colegios y la distribución de material pedagógico sobre educación sexual que efectuó el Ministerio de Educación, en tanto este se entregó solo a los establecimientos municipales.

A su vez, según las cifras provistas por la División de Educación General del MINEDUC relacionadas con la entrega del Portafolio de educación sexual, 5.266 establecimientos municipales⁶ de enseñanza básica y media recibieron este material.

⁶ Se desconoce si en esta cifra se encuentran contenidos los Servicios Locales de Educación.

Dado lo anterior, y según la totalidad de establecimientos funcionando en el país, es posible determinar que el material solo fue distribuido a un 33% de ellos, dejando fuera a 10.811 instituciones, dentro de las que se incluyen a los Particulares Subvencionados, Pagados y de Administración Delegada.

8000 '531 7000 6558 6000 5000 4000 3000 2000 1633 1000 252 70 0 Municipal Particular Particular Servicio Local de Corp. de Subvencionado Pagado Administración Educación Delegada (DL

Gráfico N°24: Dependencia administrativa de los establecimientos Educacionales en Chile (2018)

Fuente: Elaboración propia, con información alojada en las Bases de Datos del Directorio de Establecimientos Educacionales.

b. Cantidad de Servicios de Asesoría Técnica Educativa (ATE) en materia de educación sexual

El Ministerio de Educación define los servicios de Asistencia Técnica Educativa (ATE), como un complemento externo, específico y transitorio, orientado a apoyar el mejoramiento continuo del aprendizaje en el marco de las iniciativas del Plan de Mejoramiento Educativo.

Según se consigna en el Registro ATE, desde el año 2014 se inscribieron 100 ATES que ofertaban Servicios de Educación Sexual. Sin embargo, a partir del 08 de junio del presente año y producto del inicio de la vigencia de la norma establecida en el numeral 13) del artículo 4º de la Ley Nº 20.845, de Inclusión Escolar, que estableció la exigencia de que dichas entidades deben estar constituidas como personas jurídicas sin fines de lucro, se deshabilitaron todas aquellas que no dieron cumplimiento a este requisito. Dado lo anterior, hoy en día es posible constatar la presencia de 41 ATES vigentes.

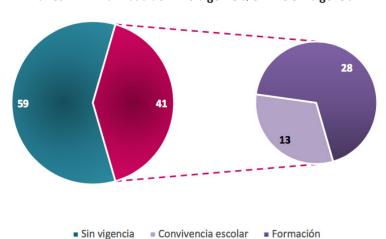


Gráfico N°25: Cantidad de ATES vigente v/s ATES sin vigencia

Fuente: Elaboración propia en base a cifras aportadas por la División de Educación General, Ministerio de Educación.

En cuanto a lo descrito, la División de Educación General del MINEDUC, precisó que la contratación de servicios ATE, requiere ser financiada con recursos de la Ley de Subvención Escolar Preferencial, por lo que debe estar consignada en el Plan de Mejoramiento Educativo.

De esta manera, todos los servicios de las ATES están formulados en función de un área y dimensión del modelo de gestión escolar, diseñados para llevar a cabo asesoría y/o capacitación. Cabe destacar que, para el caso particular de la Educación sexual, se registraron servicios vigentes en función de las dimensiones de Convivencia escolar (13 ATES) y Formación (28 ATES) por parte de las 41 iniciativas vigentes.

3. HITOS INTERNACIONALES EN SALUD Y EDUCACIÓN SEXUAL

La terminología sobre Derechos Sexuales y Reproductivos se ha ido incorporando gradualmente a través de diversos instrumentos a la normativa internacional vigente. De esta manera, la comunidad internacional con el transcurso de los años, ha generado distintas iniciativas para otorgarle un marco normativo a estos derechos, con el objetivo de establecer estándares mínimos que regulen la materia.

Los expertos participantes en esta investigación, han indicado que la educación en sexualidad y afectividad, se ha caracterizado por estar dirigida desde un enfoque de carácter "urgentista" o "biológico", dejando de lado la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en niños, niñas y adolescentes, y demás grupos etarios.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en enero del presente año, actualizó su manual de educación sexual para jóvenes, niños y niñas que originalmente se publicó el año 2009, denominado "Orientaciones y Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad", el que tuvo por objeto contribuir a la formación de niños, niñas y adolescentes en materias de sexualidad, y así hacer frente a las diversas enfermedades de transmisión sexual, a la prevención del embarazo adolescente y a la violencia de género.

Ahora bien, en el entendido que los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) se encuentran presentes a nivel global en variados instrumentos internacionales, tanto vinculantes como no vinculantes, encuadrándose estos últimos dentro de la categoría denominada soft law, se destaca la tendencia a reconocerlos como derechos humanos, así "el que sean considerados como derechos humanos permite que su cumplimiento incumba al orden público, lo que entraña su irrenunciabilidad y determina que si bien su desenvolvimiento básicamente se produce en el ámbito de la vida privada, estén regulados por normas de Derecho Público que limitan la autonomía de la voluntad". (Morales Acha, México, 2008)

El análisis que será abordado en este acápite, considera una revisión de los instrumentos internacionales relacionados con el derecho a una educación sexual integral y salud sexual, en tanto aportan una orientación para las acciones que se deben adoptar a nivel gubernamental, puesto que no todos los países cuentan con un marco legal sólido que reconozca y garantice la educación en sexualidad como un derecho humano, y como consecuencia de aquello su presencia y obligatoriedad en las bases curriculares de todos los establecimientos educacionales.

Diversos instrumentos internacionales han tratado y definido directrices con el objeto de entregar a los gobiernos herramientas para que éstos garanticen una real educación integral en sexualidad en el ámbito de sus políticas públicas. Estas aportes guardan relación con los estándares que los países debiesen recoger y adoptar, con el objeto de generar una educación integral estandarizada que cumpla con una base de contenidos mínimos y obligatorios.

Así el derecho a una educación en sexualidad y afectividad, obliga a un Estado a establecer medidas tendientes a garantizar el ejercicio real de este tipo de derechos. "Los órganos de vigilancia de tratados internacionales recomiendan expresamente que la educación sobre salud sexual y reproductiva sea un componente obligatorio de escolarización, por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer insta a los Estados a que brinden educación sexual de manera obligatoria y sistemática en las escuelas, incluida la formación profesional, por su parte el Comité de los Derechos del Niño recomienda que los Estados incluyan la educación sexual en los programas oficiales de enseñanza primaria y secundaria" (Muñoz, 2010, p.9)

La comunidad internacional apunta a que los Estados se hagan cargo de la promoción y protección de esta clase de derechos, creando la obligación por parte de éstos, de generar todas las condiciones sociales, culturales y educacionales para su real ejercicio. Lo anterior, con el fin de promover una política institucional que permita que los países adopten una legislación promotora de garantías en torno al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

3.1 Derechos Sexuales y Reproductivos: Hitos Internacionales

a. Primera Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán 1968

En esta conferencia surgen los primeros lineamientos sobre los derechos reproductivos. Esta se convocó para analizar los avances y progresos alcanzados desde la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos de diciembre del año 1948 y planificar además un programa de cumplimiento.

"La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos". (Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, 1968)

La abogada Ximena Gauché (2011), señala que existió un cambio de enfoque desde la celebración de esta Conferencia en torno a la sexualidad, puesto que antes existía un modelo que abordaba al sexo y la situación de la mujer en función del desarrollo demográfico y las consecuencias de ellos en la estabilidad política y económica mundial. Esta perspectiva cambió desde Teherán, a un modelo que se centraría en la idea de que la sexualidad conlleva derechos, lo que fue reforzado por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del año 1994.

b. Conferencia Internacional de la Población de Bucarest de 1974

El año 1974 en Bucarest, se reconocieron una serie de derechos para las personas y parejas, con el objetivo de garantizar un efectivo acceso a la educación e información, por cuanto reconoce que tanto las parejas como los individuos deben tener acceso a la educación e información para ejercer adecuadamente sus derechos.

"Las parejas e individuos tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, y a tener acceso a la educación, información y medios para hacerlo; la responsabilidad de las parejas e individuos a ejercer estos derechos tiene que tomar en cuenta las necesidades de sus actuales hijos y los que vengan en el futuro, y sus responsabilidades para con la comunidad". (Conferencia Internacional de la Población de Bucarest, 1974)

c. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Celebrada el año 1979, corresponde a un tratado internacional clave de las Naciones Unidas, que tiene como finalidad eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer. La educación sexual integral es fundamental en la visión de esta convención, ya que señala que "los Estados Partes tienen la obligación de incluir en el proceso educativo asesoramiento sobre planificación de la familia (artículo 10 h)), y de crear códigos sobre la familia que garanticen el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos". (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 1979)

El Comité de las Naciones Unidas que monitorea esta convención, alienta a los Estados Partes a proporcionar educación sexual de carácter sistemática en las escuelas, a través de programas de salud sexual y reproductiva.

d. Segunda Conferencia de los Derechos Humanos, 1993

Celebrada en Viena el año 1993, tuvo por objeto lograr la observancia de los principios de la Carta de las Naciones Unidas y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en ella se trataron tópicos relacionados con la sexualidad, tales como: la violencia sexual, acoso sexual, violación y esclavitud sexual. Además, en dicha conferencia se creó el cargo de "Alto Comisionado" para los Derechos Humanos, el cual tiene por finalidad la observancia, promoción y protección de los Derechos Humanos de conformidad con las normas internacionales.

"La promoción y protección de los derechos se confirmó como un elemento central de la identidad y el propósito de las Naciones Unidas, lo que llevó a adoptar la crucial decisión de establecer el cargo de Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Cada vez que esos derechos se violan o son amenazados, la voz del Alto Comisionado se levanta coherente, clara y resonante en favor de la dignidad y la rendición de cuentas". (Declaración y Programa de Acción de Viena, 2013, p.5)

e. Conferencia de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994

La Conferencia del Cairo marcó un precedente en cuanto al trato que comenzó a darle a la educación en sexualidad, puesto que se comienza a abordar de una manera amplia, otorgándole un enfoque de derechos, incluyendo a la salud sexual como parte intrínseca de la salud reproductiva. Dentro de las medidas planteadas en la Edición 20° Aniversario del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del año 2014, es posible destacar el establecimiento de que "las actividades educacionales deberían comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas a una edad apropiada, pero también deberán abarcar a los adultos, en particular a los hombres, a través de la enseñanza no académica y mediante diversas actividades con base en la comunidad".(p.80)

Asimismo, reconoce la existencia de grupos vulnerables, que quedan fuera del alcance de los beneficios de la salud reproductiva, y en parte, atribuye su vulnerabilidad a la falta de información.

"Los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana, la información y los servicios insuficientes o de mala en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información". (pp. 66-67)

f. Cuarta Conferencia sobre la Mujer Beijing, 1995

En esta oportunidad la conceptualización de los derechos reproductivos fue reiterada, marcando un especial énfasis en el derecho de las mujeres a tener control sobre su sexualidad y reproducción.

"Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual". (Plataforma de Acción de Beijing, 1995, p. 38)

Tanto en la Conferencia del Cairo y Beijing, existió la tendencia de consolidar el derecho a las personas a alcanzar el más alto nivel de salud, tanto sexual como reproductiva, entendiéndose por éstas, no solamente el hecho de estar libre de afecciones y enfermedades, sino que poder gozar de un estado pleno de bienestar mental, físico y social.

g. Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, 2005

Este tratado internacional de carácter multilateral se celebró en la ciudad de Badajoz, España, el 1 de marzo del año 2005, y tubo como objetivo reconocer a la juventud como un segmento de la población, sujetos de derechos y actores estratégicos del desarrollo. Esta cuenta con 44 artículos, del cual destaca el artículo 23 que consagra explícitamente el derecho a la educación sexual:

"Los Estados Parte reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información relativa la reproducción y sus consecuencias".

Dicha convención, reconoce un amplio abanico de derechos, entre los cuales garantiza de manera explícita, el derecho a la educación sexual, la cual tiene como fundamento el desarrollo personal con la finalidad de fomentar una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad.

Como es posible apreciar, los derechos sexuales y reproductivos, tanto su nacimiento como alcance normativo, se han originado a partir de diversos instrumentos internacionales, los que cuentan con un comité de monitoreo, quienes tienen la obligación de vigilar los avances de los Estados en lo que dice relación con la implementación y cumplimiento del tratado.

Ahora bien, en lo relativo a esta categoría de derechos, las recomendaciones generales y observaciones finales de los Comités de monitoreo, han señalado en forma reiterada la importancia que tiene la educación sexual, y han establecido parámetros para la determinación de las obligaciones internacionales que surgen de estos derechos, con el objeto de exigir a los Estados el real acceso de los niños, niñas y adolescentes, tanto a información como a educación en esta materia. En este sentido, Vernor Muñoz, resalta el enfoque de derecho que debe atribuírsele a la educación sexual:

"Lamentablemente, la perspectiva de derecho muy raramente se encuentra en los programas de educación sexual, ya que en la mayoría de los casos los mismos se reducen a la prevención de ETS, VIH o embarazos no deseados. Si bien este enfoque es necesario para lograr el disfrute del derecho a la salud, en un caso, y de la forma en que se

quiere conformar una familia, en el otro, no puede ser la razón principal para la implementación de la Educación Sexual en la currícula. Ésta debe ser considerada un derecho en sí mismo, obviamente asociado a otros tantos bajo el principio de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos". (2010, pp. 17-18)

De esta manera, el abordaje que entregan los estándares internacionales, promueve un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, en el entendido de que las personas cuenten con información y herramientas necesarias que les permitan desarrollar autonomía en la toma de decisiones. Estos operan bajo la premisa de que el Estado no obstaculice el ejercicio de estos derechos, ni existan barreras para el acceso a los servicios en torno a la salud sexual y reproductiva.

3.2 Experiencias y Estándares Internacionales en Educación Sexual

La Oficina Regional para Europa de la OMS y el Centro Federal de Educación para la Salud (BZgA) del Ministerio Federal de Salud de Alemania publicaron en 2010 Estándares de educación sexual en Europa, donde se desarrollan bases o guías a seguir por los países de dicha región, esto como respuesta a la necesidad de normas de educación sexual. Cabe destacar que la mayoría de los países de Europa Occidental poseen directrices nacionales o normas mínimas para la educación sexual, no se ha intentado recomendar normas en la región de Europa a nivel de la Unión Europea.

En este sentido, las principales recomendaciones de dicho documento, se basan en un modelo de educación integral, señalando que "la educación sexual holística proporciona a niños y adolescentes una información sin prejuicios y científicamente correcta sobre todos los aspectos de la sexualidad y, al mismo tiempo, les ayuda a desarrollar las habilidades necesarias para actuar en función de esta información. Contribuye al desarrollo del respeto, actitudes mentales abiertas y ayuda a construir sociedades equitativas." (2010, p.7)

Esta necesidad de una educación holística se contrapone al enfoque tradicional de educación en sexualidad, que se centra en los riesgos potenciales de esta, como el embarazo involuntario y las ITS, observando la formación en esta materia desde un enfoque negativo, siendo a menudo atemorizador para niños y adolescentes. Por tanto, el enfoque de riesgo es contrario a "un enfoque holístico (...) que ayuda a niños y adolescentes a desarrollar habilidades esenciales para que puedan determinar su propia sexualidad, así como sus relaciones en las distintas etapas de desarrollo". (Centro Federal de Educación para la Salud, 2010, p.8)

De acuerdo a lo planteado en el documento ya citado, la forma de proporcionar educación sexual, y sus necesidades básicas, parten en que "el principal requisito para la educación sexual es la necesidad de un lugar específico en la escuela, y por tanto, debería cubrir todo el currículo educativo, puesto que la implementación de la educación sexual, necesita estar asegurada en las diferentes etapas, tanto por la misma escuela como por instituciones supervisoras, se requiere un sitio, tiempo y personal entrenado." (Centro Federal de Educación para la Salud, 2010 p.41)

Por otra parte, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) ha sostenido que "en términos generales, en la mayor parte de la región latinoamericana las reacciones que se observan hacia los contenidos de la educación sexual son muy parecidas entre sí y son sustentadas por actores sociales con características similares" (2010, p.12), coincidiendo estas en que hoy en día la educación sexual es controversial y polémica en tanto que lo que está detrás de esta discusión es la eventual legitimación social de la actividad sexual adolescente, tema que para algunos sectores resulta inaceptable.

Desde una perspectiva en que se considera la sexualidad como parte integral de la vida de las personas, tanto adultas como menores de edad, se desprende que "la educación de la misma puede brindar las herramientas para que las niñas, los niños y las y los adolescentes puedan tener una vivencia de su sexualidad conducente a un desarrollo integral y a establecer relaciones equitativas entre hombres y mujeres, en el marco de respeto de sus derechos, siendo esencial que puedan entender el cambio en sus cuerpos que los diferencia, que fortalezca su autoestima, que puedan relacionarse constructivamente con sus familias y pares, que comprendan los valores del respeto, la tolerancia y la responsabilidad, y que son sujetos de su propio desarrollo". (CLADEM, 2010, p.13)

Respecto al rol del sistema educativo, en el mismo documento se ha señalado que este "debe tener como misión fundamental en esta materia, promover una educación de la sexualidad armónica e integral y rescatar la importancia del afecto, las emociones y los sentimientos que permitan descubrir mejores formas de vivir y relacionarse entre sí y con el entorno [...] tener la responsabilidad de aproximarse a la población estudiantil con estrategias pedagógicas en educación de la sexualidad, que se conviertan en punto de referencia indispensable para el actuar y vivir una sexualidad integral, por lo que no puede reducirse a una asignatura curricular, sino que esta debe ser transversal" (CLADEM, 2010, p. 16)

En la misma línea se plantea la necesidad de que en la cobertura y en los contenidos curriculares se desarrolle una educación sexual con enfoque integral, entendiendo que esta "debe iniciarse desde las primeras etapas formativas y perdurar durante todo el proceso formativo, es decir, debe iniciarse en la primaria y continuar en la secundaria, tomando en cuenta las diferencias etarias y culturales [...] los contenidos requieren una perspectiva amplia que aborde temas biológicos, así como éticos, sociales, afectivos, de equidad de género, de identidad sexual y rechazo a toda clase de discriminación". (CLADEM, 2010, p. 28)

Capítulo III.

MARCO NORMATIVO LEY N°20.418



CAPÍTULO III. MARCO NORMATIVO LEY Nº20.418

En este capítulo se desarrollan los principales aspectos jurídicos de la ley N°20.418, a partir de un análisis técnico de la norma, del Reglamento Decreto N°49 del Ministerio de Salud, y de las opiniones aportadas por los implementadores, y especialistas en la materia.

Se exponen, también, los antecedentes jurídicos y el contexto en el que se origina la norma, como aquellas iniciativas que buscaron regular con anterioridad a la publicación de la ley en estudio, los derechos sexuales y reproductivos en Chile.

Asimismo, se identifican y describen los principios que fijan los puntos rectores de las políticas nacionales en salud y educación sexual, tales como la autonomía progresiva, el interés superior del niño, y el desarrollo pleno, libre y seguro de la sexualidad, afectividad y género, entre otros.

Posteriormente, se establecen los derechos que resguarda la ley, y se profundiza en ellos, con el fin de determinar los nudos críticos que se presentan en su contenido e implementación, como el conflicto entre el derecho a la libertad de enseñanza y el derecho a la información.

Además de aquello, se indica el objeto del Reglamento asociado a la norma, y se da cuenta, de la inexistencia de uno que regule la educación sexual en el país. Consignando las consecuencias que esto acarrea para una óptima entrega de información, orientación y prestaciones en materia de sexualidad.

Finalmente, se deja constancia de las iniciativas que se han presentado con el propósito de modificar la norma, dejando de manifiesto la continua preocupación de las parlamentarias y parlamentarios sobre la necesidad de una regulación más integra en los temas que guardan relación con la educación y la salud sexual reproductiva.

1. ANTECEDENTES JURÍDICOS Y MOCIONES PRESENTADAS CON ANTERIORIDAD A LA LEY Nº20.418

La dictación de esta ley está inmersa en el contexto del debate sobre la píldora del día después o pastilla anticonceptiva de emergencia, discusión que comienza en marzo de 2001 en circunstancias en que el Instituto de Salud Pública (ISP) concedió registro sanitario al fármaco Postinal del Laboratorio Silesia S.A.

Con el objeto de dejar sin efecto la Resolución del ISP, distintas organizaciones interpusieron recursos de protección en contra de esta institución, de la Ministra de Salud de la época y del Laboratorio Silesia S.A. La Corte de Apelaciones rechazó el recurso por falta de individualización del sujeto perturbado, privado o amenazado en sus derechos, sin embargo, la Corte Suprema revocó la sentencia, dejando sin efecto dicha Resolución.

Durante el mismo año, el ISP -mediante una nueva Resolución- concedió registro sanitario al fármaco Postinor 2, elaborado por el Laboratorio Grünenthal Chilena Ltda., frente a dicha situación, se interpuso una acción de nulidad de derecho público contra la resolución, acción que fue acogida por el Tribunal de primera instancia. Sin embargo, la Corte de Apelaciones revocó dicha sentencia, concluyendo que no existía consenso en la ciencia médica en relación a los efectos de la píldora anticonceptiva de emergencia. Dicho fallo fue reafirmado por la Corte Suprema, debido a que no fue posible probar que la píldora fuese abortiva, por lo que no se transgrede la norma constitucional que obliga a proteger la vida del que está por nacer.

Como consecuencia de lo anterior, el gobierno presentó un proyecto de ley para dar una solución definitiva, a través del Mensaje de la ex Presidenta de la República, con el objeto de dar una solución definitiva a la distribución de la píldora del día después en el ámbito municipal, e integrar -en consonancia con los acuerdos internacionales firmados por el país- los derechos de las y los usuarios que deben ser cubiertos por la red de salud. (Arenas, 2016)

Durante la discusión de la ley, se formularon dos indicaciones destinadas a establecer la obligatoriedad de la educación sexual, cuestión que implicó un control preventivo por parte del Tribunal Constitucional, por cuanto se afectaría una norma de rango constitucional como es la Ley General de Educación. Finalmente, el 14 de enero de 2010, el Tribunal Constitucional declaró constitucional el inciso 4° del artículo 1° de la Ley N°20.418.

Por otra parte, con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley en estudio, existieron diversos intentos de abordar la educación sexual, los que se ven reflejados específicamente en tres boletines que abordaron el tema en el año 2000. El primero, buscó desarrollar una Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile, proyecto que quedó archivado. Luego en el año 2006, se ingresó un proyecto de ley que tenía por objeto modificar la -en ese entonces- Ley Orgánica Constitucional de Educación (LOCE) para que incluyera dentro de los programas educativos educación sexual y afectiva.

Finalmente, en el año 2008 se presentó en la Cámara de Diputados un proyecto de ley cuyo objeto fue promover una Ley Marco sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, siguiendo la línea del primer proyecto presentado en el año 2000, en atención a las nuevas necesidades de la población.

A continuación, se presenta una síntesis de dichos proyectos, en relación a la relevancia de las materias de educación sexual manifestada por los parlamentarios a través de las presentes mociones:

49

a. Boletín Nº 2608-11

Año: 2000

Nombre: Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile.

Estado: Archivado.

Cámara de Origen: Cámara de Diputados.

Objeto: Establecer las normas jurídicas básicas de rango legal destinadas a respetar, asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Se hizo un vasto análisis en cuanto a la Sexualidad en Chile, tema tratado en conjunto con la reproducción en adolescentes (educación en sexualidad), violencia sexual, enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. También se hace referencia a la reproducción en el país, con énfasis en la fecundidad, el derecho a tomar decisiones reproductivas de manera informada y segura, el uso de anticonceptivos, y el anticonceptivo de emergencia, entre otros.

El Proyecto de Ley Marco tenía por finalidad dar contenidos específicos a los Derechos Sexuales y Reproductivos en nuestra legislación, observándolos como derechos y libertades fundamentales derivados de Derechos Humanos reconocidos como tales por diversos instrumentos jurídicos internacionales que se encuentran incorporados al ordenamiento jurídico chileno y que tienen rango constitucional. En virtud de lo dispuesto en el artículo 5º inciso 2º de la Constitución Política de la República, el proyecto buscó establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asumiera su responsabilidad internacionalmente comprometida, de modo que su accionar respete, garantice y promueva los Derechos Sexuales y Reproductivos.

b. Boletín N° 4514-04

Año: 2006

Nombre: Proyecto que Modifica la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, en materia de educación sexual

Estado: Tramitación Cámara de Origen: Senado.

Objeto: Modificar la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza con el objeto de promover que los jóvenes tengan un comportamiento sexual responsable y compartido entre hombres y mujeres, en relación con la planificación del embarazo y la prevención de enfermedades venéreas, como el VIH/Sida.

Para dar cumplimiento al objeto del proyecto se plantea la necesidad de incorporar de forma oportuna y obligatoria la educación sexual en los programas educacionales, todo esto a través de la modificación del artículo 2º de la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza vigente a esa fecha, siendo indispensable considerar la dimensión de la sexualidad en la Educación Formal.

Lo anterior, por cuanto considera que una educación de calidad debe incluir, entre sus propósitos, la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje requeridas para un desarrollo socio-afectivo, sano y maduro, que favorezca el crecimiento humano pleno de niños y jóvenes, y en consecuencia asumir como un objetivo relevante propiciar que la educación en materia de sexualidad sea incorporada de manera consciente y obligatoria en los procesos educativos.

c. Boletín N° 5933-11

Año: 2008

Nombre: Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

Estado: Archivado

Cámara de Origen: Cámara de Diputados

Objeto: Establecer las bases normativas generales para la protección de la salud sexual y reproductiva y para el reconocimiento, garantía, protección y promoción del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población, obligando a todos los órganos del Estado y al conjunto de la comunidad a dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el proyecto.

Este Proyecto se desarrolló en base a contenidos resumidos y actualizados del Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (Boletín Nº 2608-11 del 2000), teniendo por finalidad que el Estado de Chile asuma su responsabilidad en relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, sistematizando y dando contenidos específicos a dichos derechos, los cuales representan el cumplimiento de obligaciones internacionales y la materialización de derechos fundamentales emanados tanto de los tratados internacionales vigentes ratificados por Chile, como de los contenidos en la Constitución Política de la República.

2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: LEY 20.148

La Organización Mundial de la Salud (2010), define la salud sexual como un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social, el que requiere un enfoque positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

La salud sexual se ve directamente relacionada con la salud reproductiva, la cual entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear, además de la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

2.1 Derechos sexuales y Reproductivos

Estos conceptos se entienden como procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano. Están presentes a lo largo del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte, por lo que están influidos por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Los derechos sexuales y reproductivos son considerados como un conjunto de derechos que tienen todas las personas -sin discriminación de ningún tipo- a tomar decisiones con libertad y sin violencia para alcanzar el máximo bienestar y la mejor calidad de vida.

Los derechos humanos son normas que permiten a las personas funcionar socialmente y relacionarse, protegiendo de abusos, agresiones y discriminaciones. Están basados en valores que buscan garantizar las libertades, la seguridad personal y colectiva y las condiciones mínimas para que las personas puedan atender sus necesidades básicas con dignidad, por lo que para El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), hablar de derechos sexuales y reproductivos implica reconocerlos como parte de los derechos humanos inscritos en el cuerpo, cuyo disfrute depende de las condiciones materiales y simbólicas, asociadas a la etnia, clase social, género, edad, etc.

Asimismo, el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), los reconoce como parte de los derechos humanos, y se vinculan con el derecho a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a formar o no una familia, a vivir libre de maltrato y a los beneficios del progreso científico, entre otros.

2.2 Principios Rectores de las Políticas Nacionales en Salud y Educación Sexual

Las políticas nacionales de salud y educación han establecido un abanico de principios que deben ser considerados a la hora de regular la educación en sexualidad, fijanDO los puntos rectores del mismo.

a. Autonomía Progresiva

Este principio apunta a la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes, sujetos de derechos, puedan ejercerlos de acuerdo a la evolución de sus facultades, su edad y madurez (Ministerio de Salud, 2018). De esta manera, refiere a las habilidades que poseen las personas para ser independientes y responsables, estableciendo la capacidad para determinar por sí mismas lo que es mejor para su vida sexual y reproductiva, y el derecho a que estas decisiones sean respetadas.

Esta autonomía les da la posibilidad de dar su consentimiento informado, es decir, en el caso de atenciones en salud, conocer riesgos y beneficios de los diversos tratamientos disponibles y autorizar libremente un curso de acción, en el marco de la confidencialidad (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de la Mujer, 2018).

Por tanto, el derecho a ser informado en esta materia no es exclusivo para los mayores de 18 años, sino que el Estado debe proveer las herramientas para todas las personas puedan tomar decisiones responsables. Así, el derecho a informarse y protegerse en salud, consigna elementos centrales del ejercicio de derechos. (Lidia Casas, entrevista para la Evaluación de la Ley)

b. Equidad, Igualdad y no discriminación

El principio de equidad ha sido reconocido como uno de los valores rectores de los sistemas de salud en la mayoría de los países del mundo, entendiéndose en general como la ausencia de desigualdades consideradas injustas y evitables.

Particularmente, la salud sexual es entendida como la posibilidad de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva teniendo por objeto garantizar que cada individuo tenga la misma oportunidad de sacar el máximo partido de sus vidas, sin discriminación alguna, situación que tiene estrecha relación con el principio de igualdad y no discriminación, cuyo objeto es que todas las personas que habitan en el país, sin distinción de ningún tipo, ni discriminación arbitraria, puedan contar con el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Lo antes señalado se ve reflejado en el artículo 4º de la Ley Nº20.418, al mandatar a los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia a adoptar las medidas apropiadas para garantizar a todo individuo el ejercicio de los derechos que la norma regula, entre ellos, obliga a poner a disposición de la población los métodos anticonceptivos.

c. Integralidad

Este principio busca asegurar que las acciones de salud se orienten a la comprensión de las personas como seres integrales, basado en un enfoque bio-psicosocial, por lo que es fundamental la articulación entre las acciones sanitarias, de forma tal que la preocupación por la expresión saludable de la sexualidad y la reproducción sea compartida por todos los prestadores, de todos los programas y niveles de atención (Ministerio de Salud, 2018).

Así, también es necesario que la integralidad sea efectiva en todas las acciones de salud, esto es, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, es decir, que exista una transversalidad en el acceso a todas las etapas que implica la salud sexual y reproductiva, desde la entrega de la información u orientación hasta el tratamiento y rehabilitación.

d. Participación y derecho a ser oído

En general este principio se refiere a la interacción de las personas en un espacio colectivo, lo que significa ser parte activa en una acción social en la que se incorporan diversos actores con diferentes opiniones, decisiones y responsabilidades en la acción (Ministerio de Salud, 2009). Esto implica establecer procesos de construcción social con participación en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, a su vez, supone reconocer el derecho a participar activamente en la promoción protección y vigilancia de sus propios derechos.

Por otro lado, el derecho a ser oído y oída conlleva la posibilidad de expresarse libremente y, del mismo modo, ser escuchados y escuchadas por quienes toman decisiones que afectarán su desarrollo en el curso de vida, y asimismo asegurar la entrega de la información necesaria para que niños, niñas y jóvenes puedan formar su propia opinión en los asuntos que le afecten.

En este sentido, del artículo 5º de la Convención de Derechos del Niño, se desprende que los niños, niñas y estudiantes, tendrán progresivamente la facultad de ejercer sus derechos de acuerdo a la evolución de sus facultades, edad y madurez, y en base al acompañamiento y guía que realicen sus padres, madres, apoderado/a o tutor legal, confiriéndoles progresivamente cada vez un mayor protagonismo en sus decisiones.

e. Interés Superior del Niño

Este principio toma suma relevancia, en tanto la Ley N° 20.418 considera como universo destinatario a niños, niñas y adolescentes, en tanto mandata la implementación de programas educación sexual en la etapa escolar.

En este sentido, todas las decisiones que tomen las instituciones del aparato público deberán tener en consideración las repercusiones que estas tendrán en el niño, niña o joven, optando por aquella que satisfaga de manera más efectiva su interés superior, esto es, el conjunto de sus derechos. (Ministerio de Educación, *et al*, 2018)

f. Desarrollo pleno, libre y seguro de la sexualidad, la afectividad y género

Este principio apunta a que todos los niños, niñas y jóvenes tienen derecho al desarrollo físico, espiritual, moral y social. Para velar por el desarrollo, es fundamental contar con un abordaje interdisciplinario e intersectorial de las políticas públicas, con el fin de identificar tempranamente cuándo los derechos no están siendo ejercidos (Ministerio de Educación, *et al.* 2018).

3. DERECHOS QUE GARANTIZA LA LEY N°20.418

Los derechos sexuales y reproductivos son un reflejo del carácter progresivo de los derechos humanos. Estos últimos no se agotan en un catálogo determinado, pues están incluidos todos aquellos que pertenecen a las personas, por el solo hecho de serlo.

Por lo tanto, estos se erigen sobre el principio de igualdad de todas las personas, y dan sustento a la construcción de una sociedad democrática, pluralista y tolerante que se basa en el reconocimiento de la diversidad, con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. Lo que se deriva como consecuencia de la prohibición de toda forma de discriminación en el ejercicio de estos derechos.

Así, los Derechos Humanos son el marco general de los Derechos Sexuales y Reproductivos, entendidos como los derechos básicos de las personas a acceder y obtener información, servicios y apoyo necesario para tener una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud reproductiva y sexual, sin discriminación alguna (Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer, 2017)

En la misma línea, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), establece los conceptos de derechos sexuales y reproductivos no son separados ni separables de los derechos civiles, políticos y sociales. Implican una concepción más amplia de ciudadanía, y se vinculan con el derecho a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a la decisión de formar o no una familia, a vivir libre de maltrato y al acceso a los beneficios del progreso científico, entre otros.

Entre los derechos que han servido de piedra angular de los derechos sexuales y reproductivos se encuentra: el derecho a la vida, la igualdad ante la ley, la integridad física y síquica, a la libertad personal y seguridad individual, el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho a la salud, y el derecho a la educación principalmente, los que se encuentran consagrados en nuestra Constitución.

Por su parte, la Ley N° 20.418 busca resguardar y garantizar una serie de derechos que se desprenden de su cuerpo normativo, entre ellos se encuentran:

3.1 Derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad

La OMS reiteradas veces ha establecido que todas las personas tienen el derecho de ejercer o no la sexualidad y vivirla en forma segura, sin riesgo de infecciones de transmisión sexual y en forma independiente de la reproducción, para lo que es necesario tener conocimientos en dicha materia, con el objeto de tomar decisiones de forma informada, disminuyendo los riesgos que esto conlleva.

"La educación para la sexualidad no consiste solo en información, busca también apoyar la adquisición de habilidades y competencias, así como de facilitar el desarrollo de los propios puntos de vista y actitudes sobre la propia sexualidad, por lo tanto, busca ayudar y permitir que la infancia y las personas jóvenes desarrollen su autonomía y sean competentes en la toma de decisiones" (OMS y Centro Federal de Educación para la Salud, 2010, p.45)

Cuando la Ley N° 20.418, norma y garantiza el derecho a la educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, lo hace principalmente con el objeto de que todo individuo pueda:

- Decidir con conocimiento el método de regulación de la fertilidad.
- Prevenir embarazos adolescentes.
- Prevenir Infecciones de Transmisión Sexual.
- Prevenir la Violencia Sexual.

De acuerdo a la norma en estudio, este derecho implica que todo establecimiento educacional reconocido por el Estado, deberá incluir un programa de educación sexual aplicable al ciclo de enseñanza media, reduciendo, por tanto, la entrega de dichos conocimientos solo a aquellos alumnos que cursen dicho período educativo. Esto se reduce incluso más aún, cuando en el artículo 1º inciso 4º establece otro límite, referido a que aquella educación, información y orientación en materia de sexualidad deberá ceñirse a los *valores, principios, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional.*

Es aquí por tanto donde surgen dos nudos críticos en la ley que merecen un desarrollo de forma particular, esto es, que la obligatoriedad de enseñar, informar y orientar sobre sexualidad en los establecimientos educacionales comience en enseñanza media, y la limitante de que cada establecimiento pueda educar de acuerdo a sus valores, principios, convicciones y creencias, situación que conlleva a una pugna entre el derecho a la libertad de enseñanza y el derecho a la información.

a. Educación sexual en el ciclo de enseñanza media

La Ley N° 20.418 en el artículo 1° inciso 4°, señala que "los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual". De esta manera, es deber de los establecimientos educacionales impartir contenido sobre educación sexual y reproductiva a los alumnos, aproximadamente, entre los 14 y 15 años.

De acuerdo a los Estándares de Educación Sexual para Europa: "La educación sexual comienza en la primera infancia y progresa a través de la adolescencia y adultez, aspira a proteger y apoyar un desarrollo seguro de la sexualidad en la infancia y juventud, así, se prepara y da competencia a niños, niñas y jóvenes a través de información, habilidades y valores positivos para que comprendan y disfruten de su sexualidad y de sus relaciones de manera segura y satisfactoria, responsabilizándose de su propia salud sexual y bienestar y la de otras personas." (OMS y Centro Federal de Educación para la Salud, 2010, p.26)

Asimismo, el documento destaca la necesidad de que la formación en educación sexual sea continua, presente a lo largo de todo el ciclo vital, en tanto debe considerar los procesos de cambios que las personas viven a lo largo de la vida. (OMS y Centro Federal de Educación para la Salud, 2010)

En focus group realizado con diversos especialistas en la materia y representantes de los programas sobre educación sexual, se concordó que la edad más apropiada es desde los 3 o 4 años, considerando que el conocimiento del cuerpo y la sexualidad en los niños es relevante en la prevención del abuso sexual.

Así, Ricardo Caponi, psiquiatra y director del Centro de Educación Sexual Integral, concuerda con la edad señalada, entre otros motivos "porque es necesario para que haya una conceptualización que haga sentido a partir de la pubertad, haber tenido una enseñanza en los años decisivo. El adolescente entiende la educación como un proceso continuo que parte desde la niñez, ellos estudian desde chicos matemáticas, esto tiene que partir desde prácticamente cuando el niño puede verbalizar y entender simples comunicaciones educativas que a él le puedan hacer sentido y lo ayuden a la autoprotección."

Igualmente señalaron que esta postura nace desde la base de que lo que se educa es algo que está inmerso en el ser humano, ya que la sexualidad está desde que naces hasta que mueres. De esta manera, la educación sexual formal es parte de la comunicación, la cual debe partir desde el momento en que las personas entran al sistema educacional, lo que coincide con los 3 o 4 años de edad.

En el mismo sentido, hay que entender que la educación sexual se inscribe en el contexto de la educación permanente, en un concepto integral del ser humano, en el que lo biológico, lo afectivo y lo social interactúan simbióticamente.

Si bien, la 8ª Encuesta Nacional de la Juventud en 2015, del Ministerio de Desarrollo Social arrojó cifras que establecen que el promedio de edad en que la población chilena se inicia sexualmente es a los 16,6 años, durante la investigación, los profesionales del área de la salud pertenecientes a distintos CESFAM de la Región Metropolitana señalaron que de acuerdo a su experiencia y percepción, la edad de iniciación de la vida sexual en la población chilena es incluso inferior a los 15 años. Así, la información y orientación en la materia debiese estar incorporada con antelación a dicha edad, con el objeto de que los adolescentes sean capaces y estén preparados para tomar decisiones que involucren la afectividad, sexualidad y fertilidad.

b. Libertad de enseñanza y Derecho a la información

La Ley N° 20.418 si bien contempla la exigencia de que todo establecimiento educacional debe contar con un programa de educación sexual, cumpliendo por tanto con la obligación de garantizar el derecho a la información de cada individuo, presenta ciertas limitaciones, en tanto restringe el mismo al determinar que este será de acuerdo a los principios y valores de cada establecimiento. A su vez se expresa el deber de incluir contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informen de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, "de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados".

En consecuencia, se genera una tensión entre el derecho al conocimiento objetivo y la libertad de elección en lo referente al tipo de educación valórica-sexual a implementarse. Respecto a lo mismo, en el focus group realizado con doctores, doctoras, matronas y matrones de distintos CESFAM de la región Metropolitana, hubo consenso al plantear que la sexualidad es un proceso natural e inherente al ser humano, por tanto, se requiere que la educación, información y orientación sobre la misma sea entregada desde una perspectiva neutral y objetiva. Lo anterior, implica la entrega de un vasto conocimiento en lo referido a afectividad, sexualidad y fertilidad, alejando dicho contenido del enfoque valórico.

En la misma línea, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU, 2010), en su informe sobre educación sexual integral, demostró que el acceso a la información y educación sexual integral promueve la conducta sexual

sana, contribuye a que haya mayor igualdad en las relaciones entre pares, reduce los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

Dentro de este marco, Lidia Casas, abogada y directora del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales, señala que el derecho a informar significa dos cosas: el derecho a obtener información, si yo la requiero me la entregan en términos activos y pasivos y luego el rol que el Estado tiene de asegurar la información y educación.

Asimismo, la UNESCO ha entendido la educación en sexualidad como un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versen sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad, por lo que su propósito es dotar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos.

La Asociación Mundial para la Salud Sexual, establece que "la salud sexual solo podrá ser conseguida si todas las personas, incluidas las personas jóvenes, tienen acceso universal a una educación sexual, a una información sobre salud sexual, y a servicios universales a lo largo de su vida" (2008, pp., 4-5)

Por otra parte, el Ministerio de Educación toma una postura completamente opuesta, ya que, de acuerdo a lo señalado en reunión con este Departamento, manifiestan que prima el derecho a la libertad de enseñanza de cada establecimiento, aún cuando el Ministerio proporcione orientaciones para abordar estas materias en el aula. Esto, debido a que cada colegio define la forma de aplicar estas materias, de acuerdo a sus creencias, valores y convicciones.

Sin embargo, no es esta institución la encargada de fiscalizar de forma directa que se esté cumpliendo la implementación de los programas de educación sexual que mandata la norma, lo que de cierta manera no asegura de forma íntegra el derecho de los niños y adolescente a acceder a contenidos e información en educación sexual.

Así, de acuerdo a lo señalado por Corporación Miles (2016), el Ministerio de Educación, si bien ha elaborado Programas de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género, no ha logrado implementarlos en la práctica.

3.2 Derecho a elegir libremente el método para regular la fertilidad de cada individuo

La Ley N° 20.418 en su artículo 2° establece el derecho de toda persona a "elegir libremente los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina". Posteriormente, de la mano de este derecho, el mismo artículo señala que, así como se tiene el derecho a elegir el método anticonceptivo, se tiene "del mismo modo, el de acceder efectivamente a ellos". Es aquí donde nos encontramos con otra garantía, el derecho al acceso, ya no solo a la información, sino que a la prestación efectiva de los mismos.

A su vez, el artículo 4º viene a ratificar el derecho al acceso, al señalar que "los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia, adoptaran las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de los derechos establecidos en la ley [...] y pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos que cuenten con la debida autorización".

Además, el presente artículo tiene por objeto establecer y regular la obligación de los órganos de le Administración del Estado con competencia en la materia para que respondan a los requerimientos de la población en materias de sexualidad y fertilidad, de forma igualitaria y sin discriminar las decisiones que adopten al respecto.

En este sentido, la abogada Lidia Casas señala en entrevista con este Departamento que "El Estado tiene la obligación de darme herramientas para que yo pueda tomar mis propias decisiones en términos de responsabilidad, entonces, el derecho a informar, a protegerme en la salud, implican elementos centrales. Yo no puedo considerar, por ejemplo, que yo voy a privar a alguien de información sobre la protección del VIH sin saber cómo puedo yo prevenirlo."

3.3 Derecho a la Confidencialidad

La Ley N° 20.418 reconoce el derecho a la confidencialidad en su artículo 1°, al señalar que toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma, clara, comprensible, completa y confidencial.

Luego en el artículo 3º lo regula de forma específica señalando que toda persona tiene "derecho a la confidencialidad y privacidad", sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual.

"El Ministerio de Salud en el año 2014 señaló que se debe asegurar una atención de regulación de la fertilidad en un ambiente privado, dando certeza de la confidencialidad sobre la entrega de información en la atención." (Miles, 2016, p.89)

De acuerdo a los estándares de Educación Sexual para Europa, "Un importante requisito para la educación sexual es que las y los estudiantes siempre se sientan seguros, su privacidad y sus límites deben ser respetados" (OMS y Centro Federal de Educación para la Salud, 2010, p.41)

A este respecto, Corporación Miles (2016) indicó que la confidencialidad resulta fundamental para fortalecer la autonomía de las personas y su proceso de toma de decisiones, como ejercicios básicos para quienes trabajan en torno a los derechos en salud sexual y salud reproductiva.

La ONU, en el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo establece que los gobiernos y la comunidad internacional deben utilizar todos los medios que disponen para apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia, planteando como objetivo la necesidad de poner servicios de planificación de buena calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean, manteniendo su carácter confidencial.

En similares términos, la Federación Internacional de Planificación Familiar, recomienda organizar y promover servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en todas las unidades de salud pública que garanticen la privacidad, la confidencialidad y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, el artículo 2°, en el inciso 2° de la Ley en estudio, establece que en los casos en que el método anticonceptivo de emergencia, se solicite por una persona menor de 14 años, el funcionario o facultativo que corresponda, independientemente del sistema de salud que se trate, deberá informar con posterioridad a la entrega del método anticonceptivo al padre, madre o adulto responsable que la menor indique.

En este inciso nos encontramos frente a una circunstancia de excepción frente al derecho a la confidencialidad, que implica dos requerimientos base:

- Que el método anticonceptivo entregado sea la pastilla anticonceptiva de emergencia.
- Que se trate de una menor de 14 años a quien se le haya entregado dicho medicamento.

Al respecto, la Subsecretaría de Salud en la Circular N° A15/10 de 2016, establece que en cualquier otro supuesto en que no se trate de una menor de 14 años, deberá primar la confidencialidad.

4. REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A RECIBIR EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD.

La Ley N° 20.418, en el artículo 1° inciso 3°, ordena al Ministerio de Salud a dictar un reglamento que disponga el modo en que los órganos con competencia en la materia harán efectivo el ejercicio de los derechos que salvaguarda la ley.

Así, con fecha 28 de marzo de 2013 se dicta el Decreto 49, que tiene por objeto regular el ejercicio de los derechos sobre información y orientación en lo relativo a prestaciones en salud sexual y reproductiva que contempla la norma.

Este documento contiene buena parte de lo referido ya en la Ley N°20.418, especificando dos materias en particular: Por una parte, refiere a los establecimientos asistenciales del sector salud, como las instituciones que se harán cargo informar y entregar los métodos para la regulación de la fertilidad, la prevención del embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual.

Por otra parte, respecto del derecho a la confidencialidad y privacidad, el reglamento señala que serán considerados como datos sensibles -de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.628- todos aquellos que se relacionen con opciones y conductas sexuales, métodos y terapias escogidas para la planificación de la vida sexual.

Así, las características que presenta el reglamento fueron criticada por los entrevistados para esta evaluación, en tanto la Ley posiciona el tema como un problema de salud pública centrándolo en la regulación de la fertilidad, en el que predomina el enfoque biológico por sobre el formativo. Además, la elaboración de un reglamento solo al Ministerio de Salud, no otorga atribuciones legales o administrativas al Ministerio de Educación para controlar que los establecimientos implementen de forma efectiva la educación sexual que mandata a norma.

"El reglamento fue expedido en marzo de 2013 y, de acuerdo a este, la información sobre sexualidad y regulación de la fertilidad debe ser otorgada por los establecimientos asistenciales del sector salud. No se hace mención alguna a las formas en las que los establecimientos educacionales deben diseñar y/o implementar sus planes de educación sexual." (UNESCO, 2018).

En un sentido similar se expresa el especialista en educación sexual, Daniel Reyes (2016), al destacar "La elaboración y redacción del reglamento que hace efectiva la ley le correspondió al Ministerio de Salud, donde se fijó que la información sobre sexualidad y regulación de la fertilidad debe ser otorgada por los establecimientos asistenciales del sector de salud, no haciéndose mención alguna a las formas en las que los establecimientos educacionales deben diseñar y/o implementar sus planes de educación sexual, inhabilitando la intención original de la ley."

Corporación Miles (2016, p. 27) reafirma lo antes señalado al destacar que: "Se tiende a un modelo biomédico por sobre los otros modelos propiciados por organizaciones de la sociedad civil, organismos de Naciones Unidas o la experiencia comparada".

Además, "no se hace mención alguna a las formas en las que los establecimientos educacionales deben diseñar y/o implementar sus planes de educación sexual. Esto recuerda lo sucedido al final de la JOCAS, es decir, una iniciativa diseñada para ser implementada en el sector educación, termina siendo circunscrita a los consultorios." (Reyes, 2016, p. 58)

Como consecuencia de que la Ley N°20.418 no ordena la dictación de un reglamento por parte del Ministerio de Educación, esta institución cuenta solo con orientaciones para el plan curricular de los establecimientos educacionales y para el diseño e implementación de un programa en sexualidad, afectividad y género, donde se indican los contenidos mínimos que debe contener cada programa educacional en la materia.

Asimismo, este Ministerio distribuye material de apoyo, consistente en un Portafolio de educación en sexualidad, afectividad y género, el cual fue entregado a todos los establecimientos municipales (uno por cada establecimiento). Este consiste en una caja que contiene manuales y guías que orientan e informan sobre diversos temas relacionados con la materia y que, sin embargo, son tratados o abordados de forma transversal con otras asignaturas como ciencias sociales, orientación, ciencias naturales, etc.

No obstante, el Ministerio de Educación no fiscaliza la aplicación de estos materiales al interior del aula, ni tampoco la implementación de los Programas de Educación Sexual que mandata la norma, no pudiendo estimar cuántos establecimientos educacionales cuentan con el programa. En reunión para esta investigación con dicho Ministerio, se ha indicado que "la dificultad que aparece es que la ley es del Ministerio de Salud, no es del Ministerio de Educación. Por tanto, la fiscalización legal no se puede llevar a cabo."

5. INICIATIVAS PARA MODIFICAR LA NORMA

Desde la publicación y entrada en vigencia de la Ley N° 20.418 en el año 2010, se han propuesto diversos proyectos de ley que manifiestan la continua preocupación de los parlamentarios sobre la necesidad de una regulación más íntegra en los temas que guardan relación con la educación y la salud sexual y reproductiva. Entre ellos se encuentra el Boletín N° 9033-18 de 2013, el cual tiene por objeto regular las materias vinculadas a la prevención y protección del embarazo adolescente y busca cubrir carencias detectadas en la legislación chilena planteando la necesidad de impartir cursos de educación en afectividad, sexualidad y fertilidad con antelación a la enseñanza media.

En el año 2015, se vuelve a ingresar en el Senado el proyecto presentado en 2013 en la Cámara de Diputados, el cual se aprueba en el Senado en octubre de 2018, para posteriormente ser remitido a la Cámara de Diputados en donde aún se encuentra en tramitación. Es relevante mencionar que este proyecto (Boletín N° 10305-11) propone la modificación a la Ley N°20.418 sobre la exigencia de que toda institución educacional tenga un programa de educación en afectividad y sexualidad desde el segundo nivel de transición, y no solo desde enseñanza media.

Por otra parte, y en consideración a que la norma en estudio refiere a la fertilidad, se desarrolla en el año 2017 un proyecto de ley (Boletín Nº11100-11) que tiene la misión de incorporar información sobre tratamientos de infertilidad y fertilización asistida.

Finalmente, en mayo de 2018 se ingresa un proyecto de ley (Boletín Nº11710-04), que establece la necesidad de contar con políticas de educación sexual, afectividad y de género, considerando que los factores de riesgo se reducen considerablemente al tener políticas de carácter sólidas, constantes y de aplicación universal. De esta manera, comprende que una completa formación en esta materia ayudaría a disminuir el contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazos adolescentes, entre otras consecuencias no deseadas, buscando, por tanto, asegurar la obligatoriedad de impartir educación en sexualidad, afectividad y género dentro de los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado.

CAPITULO IV.

INSTITUCIONALIDAD



CAPITULO IV. INSTITUCIONALIDAD

El presente capítulo aborda las iniciativas institucionales desplegadas en nuestro país para la implementación de la norma, enfocadas en aquellas que tratan la salud sexual y reproductiva y la educación sexual.

Por una parte, se inicia con los antecedentes históricos en materia de salud reproductiva en Chile, dando lugar a temas como la planificación familiar y con ello a los métodos de regulación de la fertilidad. Luego se desarrollan las enfermedades de transmisión sexual con notificación obligatoria, dando énfasis al VIH y a su procedimiento en la aplicación del examen, desde la toma de muestra hasta la notificación, control y tratamiento a seguir en caso que la muestra se haya confirmado como positiva.

A su vez, y dado que la ley en estudio pone especial énfasis en la educación sexual dirigida a adolescentes que cursan enseñanza media, se analiza el programa de salud integral al que accede este grupo etario, y las herramientas que existen para su implementación, con el objeto de recabar mayores antecedentes sobre el estado en el que se encuentran, como embarazos adolescentes, y situaciones de riesgos.

Posteriormente, se analiza el enfoque e hitos de las políticas públicas en educación sexual, revisando los últimos 20 años de implementación. En ellas se destacan experiencias como las JOCAS y el portafolio de siete programas de educación sexual. Asimismo, se hace mención al abordaje que realiza el currículum nacional y los programas sobre esta materia, para luego identificar nudos críticos en el tratamiento de estas al interior del aula, la capacitación de los docentes y el rol del Ministerio de Educación.

1.1 Planificación Familiar

Desde el año 1967 el Estado ha venido desarrollando una política de regulación de fertilidad, a través de la implementación de la denominada Política de Población y Salud Pública. Entre los desafíos que ésta planteaba se encontraban, el de reducir la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil, y promover el bienestar familiar, con miras a proteger el ejercicio del derecho a una paternidad responsable. (Castañeda y Salamé, 2015)

"Dicha política ha permitido que los matrimonios, las parejas y las mujeres tengan un número de hijos con el espaciamiento y la oportunidad deseada". (Mensaje presidencial, 2009, p.1)

Esta política pública fue reforzada con la dictación del Código Sanitario chileno, publicado en 1968, documento que indica en su artículo 117°, inciso 1°, que la planificación familiar consiste en una de las actividades relacionadas a los servicios profesionales que le corresponden a la matrona, refiriéndose en él además a las acciones relativas a la regulación de la fertilidad.

Desde el Programa de Salud Adolescente del Ministerio de Salud, precisan que en Chile se comienza abordar la temática de planificación de la familia, con dos hechos puntuales: el primero guarda relación con la implementación de los programas de planificación familiar, mientras que el segundo se relaciona con la atención profesional que se entregó al parto, situación que se da principalmente "por las altas tasas de mortalidad infantil, materno-infantil que había en ese entonces, desde ahí parten los programas de planificación familiar a nivel nacional, y que favorece a los indicadores sanitarios".

El propósito de este tipo de programas, según lo declara el informe de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo -al que se hace mención con anterioridad-, considera además éstos que deben permitir a las parejas y a las personas obtener no solo la información sino que también los medios necesarios que faciliten la decisión sobre el número de hijos, asegurándose de esa manera que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces.

De ese modo, los programas de planificación familiar contribuyeron al descenso de las tasas medias de fecundidad en los países en desarrollo. Se consigna así para el caso chileno durante el año 2016, una tasa de fertilidad de 1,77, estimando el nacimiento de dos hijas/hijos por mujer en el país, mientras que a nivel mundial ésta se registró en 2,44 para el mismo año. Así, se registra una tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad, tanto a nivel global como nacional, situación que registra en el Gráfico N°8 del capítulo de cifras sobre educación y salud sexual en Chile.

1.2 Métodos anticonceptivos

Un rol importante ha tenido el uso de los métodos anticonceptivos al momento de planificar la familia, permitiendo que muchas mujeres decidan sobre su maternidad. No obstante, el Barómetro Latinoamericano sobre el acceso de las mujeres a los anticonceptivos modernos, documento publicado el año 2016 por la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/rho), señala que "estos métodos no solo han favorecido la autonomía de la mujer; también han tenido un rol determinante en el mejoramiento de los indicadores de salud

pública, puesto que contribuyen a disminuir los abortos inseguros, a prevenir enfermedades de transmisión sexual, y a reducir la mortalidad materno-infantil y los embarazos en adolescentes".

Particularmente, el artículo 2° de la Ley N°20.418 busca garantizar dentro del marco jurídico el derecho de la población a recibir Información completa sobre todos los métodos anticonceptivos autorizados en el país y a elegir el de su preferencia con plena libertad.

En relación al acceso a métodos anticonceptivos, desde el Programa de Salud Adolescente del Ministerio de Salud, indican que la prestación del servicio "está asociada a los lineamientos internacionales, (...) lo cual está asociado a la norma, la que siempre está a la luz de la entrega de información desde lo técnico, desde los profesionales, pero siempre considerando lo que espera y desea el usuario".

Cabe destacar que, desde las Naciones Unidas, se señala que la disponibilidad de métodos anticonceptivos permite la "elección individual y la adopción responsable de decisiones en materia de reproducción en gran parte del mundo" (1995, p.40). Sin embargo, su uso se observa escaso, en tanto la OMS ha indicado que "en América Latina y el Caribe, el uso de anticonceptivos aumentó mínimamente de un 66,7% a un 67%, entre 2008 y 2014". (IPPF/RHO, 2016, p.2).

Actualmente, el Sistema Público de Salud chileno, dispone de ocho métodos anticonceptivos que ofrece a través del Programa de Salud de la Mujer⁷, de forma gratuita en la Atención Primaria de Salud (APS), siendo los métodos ofrecidos los siguientes: Dispositivo intrauterino con cobre (D.I.U), hormonales (píldoras combinadas y solas, inyectables mensuales y trimestrales e implantes sub-dérmicos), preservativos y anticonceptivos de emergencia.

A pesar de la oferta existente, la Organización IPPF/rho, ha declarado que existe un alto número de mujeres no solo en Chile, sino que también en otros países en desarrollo que aun deseando posponer o detener la procreación, no utilizan métodos anticonceptivos debido a diversas barreras en su acceso, que van desde el desconocimiento y los prejuicios culturales y religiosos, hasta la falta de disponibilidad de los productos en zonas rurales.

A modo de ejemplo, el ginecólogo doctor David Eisen expresa en el sitio web de APROFA (2016, s/p), que uno de los impedimentos que ha observado en la obtención de métodos por parte de los adolescentes en los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), está dado por la negación por parte de los profesionales en su entrega quienes aluden a que los adolescentes no irían acompañados por sus padres o en su efecto por una persona mayor, siendo una de las barreras de acceso más comunes por parte de este grupo de la población en el país.

1.3 Anticoncepción de Emergencia

El contexto que da origen a la Ley N°20.418, está dado principalmente bajo la discusión de la anticoncepción de emergencia. Tras un extenso debate sobre el abastecimiento de la píldora, y sin poder demostrar efectos abortivos, se da paso ya en el año 2015 a su comercialización, sin receta médica. Esto luego que Contraloría tomara razón de la Resolución Exenta 3094 publicada en septiembre de 2015 por el Instituto de Salud Pública, la que modificó la condición de venta de receta médica a venta directa, respecto de los productos farmacéuticos registrados por el ISP, que contuviesen el principio activo levonorgestrel en presentaciones de 0,75 mg y 1,5 mg.

Actualmente, existen dos canales para su obtención: mediante venta directa en farmacias a lo largo de todo el país y a través de la red pública de salud, de forma gratuita, con entrega directa a mujeres que tuvieron un coito no

⁷ En el documento elaborado por las Naciones Unidas, que sintetiza la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) se establece que, en el caso específico de los programas de planificación familiar, éstos dan mejor resultado cuando forman parte de programas más amplios de salud reproductiva o están vinculados a éstos.

protegido, a quienes les ha fallado el método de anticoncepción regular que utilizan o a quienes han sido víctimas de violencia sexual.

En el caso específico de una solicitud de método anticonceptivo de emergencia realizada por una menor de 14 años, se establece en el artículo 2° de la norma en estudio, inciso 2° que "el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale". Por su parte, el artículo 6° del Decreto N°49, de la Subsecretaría de Salud, que reglamenta la norma en cuestión, implementará dicho artículo con la "consignación de los datos que sean precisos para dar cumplimiento a esta obligación".

Cabe mencionar que en el sitio oficial del Colegio de Matronas y Matrones de Chile, destacan que, según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (Deis) del MINSAL, durante el año 2017 los consultorios y servicios de urgencia entregaron 20.437 píldoras del día después, y que de ellas, 6.343 correspondieron a solicitudes realizadas por adolescentes menores de 19 años, de las cuales 630 fueron requeridas por menores de 14 años, específicamente.

1.4 Enfermedades de Transmisión sexual

La Ley N°20.418 dispone entre sus objetivos prevenir, entre otros, las infecciones de transmisión sexual. En relación a esta materia, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISPCH) mantiene un rol específico que guarda relación con dos instrumentos legales: El primero es el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria (DTO. N°158/04, 2005), que mandata el Código Sanitario, y se vincula a la vigilancia que lleva a cabo el laboratorio del Instituto sobre este tipo de enfermedades. El segundo corresponde al Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Decreto 182, 2007), asociado a la Ley N°19.779 que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

El Decreto Supremo Nº158, además de señalar al VIH como una enfermedad de notificación diaria, indica que también lo son la Gonorrea, la Hepatitis viral B, y la Sífilis en todas sus formas y localizaciones, las que al igual que el VIH han experimentado un aumento sostenido.

De esta manera, el Laboratorio de Infecciones de Transmisión Sexual del Instituto de Salud Pública, lleva el registro de enfermedades antes señaladas (Decreto N°158, 2005). Su función es también identificar las cepas y ver su susceptibilidad. El análisis de las cepas de distintas bacterias, se realiza con el fin de dar con el mejor antibiótico según requerimiento "nosotros tenemos que identificar las cepas, y además hacerle estudios de susceptibilidad anti-microbiana porque eso [gonorrea] se trata con antibióticos, y se le hace como 7 antibióticos y se ve cuál es resistente y cuál es sensible a ellos (...), la desventaja de la gonorrea es que las cepas se van poniendo resistente a los antibióticos que tú le vas dando a los pacientes".

Conforme señalaron en entrevista, han sido testigos del aumento de la Gonorrea, la Hepatitis B y la Sífilis, en el transcurso del tiempo, por ejemplo en el caso de la gonorrea señalaron que, "el 2010 recibimos aproximadamente 500 cepas de Neisseria gonorrhoeae, en el 2016 recibimos según un boletín, 1800 cepas y el año 2017, 2400 cepas". Este aumento se podría deber a dos factores, primero a que la población se está tomando las muestras para su análisis y segundo a que también existiría un mayor contagio de la enfermedad.

"No toda la gente con diarrea va a la urgencia, no toda la gente que va a urgencia le toman un cultivo y no todos los cultivos que se hacen se les busca. En la medida que se hace evidente el problema, las personas consultan más, los doctores lo sospechan más. Entonces puede ser una mezcla de las dos cosas, de que efectivamente hay un aumento de casos y además hay aumento de la transmisión de persona a persona". (Entrevista con especialistas del ISP)

Cabe destacar que, una de las ventajas de contar con un centro unificado como el que tiene el Instituto de Salud Pública, es que si los laboratorios por ejemplo, aíslan una Neisseria gonorrhoeae, tienen la obligación de enviar la muestra al Instituto. Sin embargo, indican que si bien el Decreto Nº158 establece las responsabilidades de seguimiento de enfermedades por parte del ISP, también establece la obligación del médico tratante de notificar a la autoridad sanitaria cada vez que se le presenta un paciente con los síntomas de alguna de las enfermedades referidas en el Decreto.

A continuación se detallan los casos y tasas de gonorrea en los últimos 5 años:

Tabla 5: Casos y tasas de gonorrea según grupos de quinquenales de edad. Chile 2013 -2017*

Grupo edad	2013		2014		2015*		2016*		2017*	
	Casos	Tasas								
00 - 04 años	7	0,6	9	0,7	7	0,6	13	1,1	12	1
05 -09 años	6	0,5	3	0,2	10	0,8	6	0,5	9	0,7
10 -14 años	14	1,1	9	0,7	9	0,7	16	1,3	22	1,9
15 - 19 años	301	22	305	22,7	365	27,6	474	36,5	576	45
20 - 24 años	461	30,9	428	28,9	534	36,6	598	41,6	891	63
25 - 29 años	273	18,9	265	18	336	22,4	405	26,7	548	35,9
30 - 34 años	158	12,3	145	11	187	13,8	198	14,2	264	18,4
35 - 39 años	88	7,1	87	7	108	8,7	111	8,8	138	10,8
40 - 44 años	64	5,1	63	5,1	72	5,8	73	5,9	106	8,5
45 - 49 años	49	3,9	54	4,3	55	4,4	54	4,3	60	4,8
50 - 54 años	41	3,5	52	4,3	46	3,8	40	3,2	56	4,5
55 - 59 años	30	3,1	27	2,7	32	3	28	2,6	35	3,1
60 -64 años	23	3	14	1,8	18	2,2	10	1,2	24	2,7
65 - 69 años	10	1,7	3	0,5	5	0,8	10	1,5	12	1,7
70 - 74 años	3	0,7	5	1,1	7	1,4	2	0,4	9	1,7
75 - 79 años	3	0,9	1	0,3	3	0,9	1	0,3	5	14
80 y más años	2	0,6	3	0,8	2	0,5	3	0,7	0	0
TOTAL	1533	8,7	1473	8,3	1796	10	2042	11,2	2767	15,1

(*) 2015, 2016, 2017 datos provisorios (año 2015 y 2017 casos sin edad) Tasas por 100.000 habs.

Fuente: Depto. Epidemiología DEIS. DIPLAS - MINSAL, Chile.

1.5 Prevención y Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Durante el mes de mayo del presente año, el Ministerio de Salud presentó el Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS con énfasis en la prevención.

Dentro de los objetivos principales del Plan, se consignaron: disminuir la transmisión del VIH a través de estrategias de testeo y prevención combinada; promoción del sexo seguro y medidas de prevención del VIH, especialmente en adolescentes y jóvenes; aumentar la detección precoz; fortalecer la red de atención de VIH del sistema público; y disminuir la mortalidad a causa de esta enfermedad.

Cabe destacar que hasta la fecha de cierre del informe, éste no se encontraba disponible en el sitio web del Ministerio de Salud.

1.5.1 Procedimiento en la aplicación del Examen de VIH

a. Consentimiento informado

El primer aspecto que considera el procedimiento en la toma de la muestra para la detección del virus de inmunodeficiencia humana, guarda relación con el consentimiento informado, consignado en el artículo 5° de la Ley N°19.779 sobre VIH, artículo que además hace referencia a la confidencialidad del examen y a la toma voluntaria de éste.

Se precisa en el presente articulado, que la parte interesada en realizarse el examen deberá dejar una constancia por escrito del referido consentimiento y en caso de ser menor de 14 años deberá dejarla su representante legal. Asimismo, se señala que la toma del examen, requiere que previamente se informe al interesado acerca de las características, la naturaleza y las consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus. Luego será el interesado, quien sabiendo de qué trata el examen deberá firmar el consentimiento para la toma de la muestra.

A su vez, el Decreto 182, y que viene a reglamentar el examen para la detección del VIH, precisa en su artículo 6°, que una vez que se firme dicho documento, éste deberá guardarse junto a la copia del resultado del examen con la ficha clínica del afectado.

"Tanto la entrega de información pre-examen como la firma del consentimiento informado y la entrega del resultado del mismo se realizan en una actividad de consejería, que debe ser realizada por personas capacitadas en informar tanto acerca de las características, la naturaleza y las consecuencias de la infección, como de las medidas preventivas científicamente comprobadas como válidas". (MINSAL, 2010, p.37)

b. Toma de muestra

El virus en mención, posee hoy en día varias vías de detección, siendo una de las pruebas más eficaces, el Test de E.L.I.S.A (Enzyme – Links – Inmuno – Sorbent –Assay), aplicado a partir de un examen de sangre el cual no detecta el virus, sino la presencia de anticuerpos que genera el organismo contra él, además busca detectar un fragmento viral llamado antígeno p24, proteína vírica que se encuentra característicamente elevada al inicio de la infección por VIH. Finalmente, lo que determinará el Test es si la persona es reactiva o no.

"Técnicamente, cuando uno usa un test de Elisa o un test rápido, son test exploratorios". (Pablo Ferrer, jefe del Laboratorio de Medicina Molecular del Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

A su vez, Ferrer indica que además de la existencia de los test exploratorios, hay otros que son complementarios y confirmatorios, precisando que en Chile si una persona se realiza un test de Elisa, este por ley, deberá ir al ISP para su confirmación, siendo el único organismo autorizado para realizarlo. Además, señala que, una vez ingresada la muestra, el Instituto aplicará otra batería de test que confirmarán el diagnóstico.

De esa manera, toda persona que quiera realizarse el examen de detección del VIH lo podrá hacer acudiendo a hospitales, clínicas, consultorios o laboratorios privados, siendo gratuito en la atención pública de salud, tanto para beneficiario de Fonasa o Isapre, quienes podrán acceder a las Unidades de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS), sólo con su carnet de identidad. En el caso de los menores de 14 años, estos deberán ir acompañado de su representante legal, por cuanto ellos son quienes deben otorgar el consentimiento informado.

c. Diagnóstico

Se ha establecido internacionalmente un periodo de ventana de tres meses después de adquirido el virus, como el tiempo en que la mayoría de las personas desarrollan anticuerpos anti-VIH detectables por el examen. El periodo de ventana sirve entonces para asegurar que tanto el anticuerpo como el antígeno aparezcan positivos después del contagio.

d. Procesamiento de la muestra

Desde el Instituto de Salud Pública, se señaló que desde el momento en que se toma una muestra de sangre para examen de VIH y conforme al protocolo establecido en el Sistema de Salud, se da paso al ingreso de los datos exigibles en esta etapa. Luego, la muestra es enviada al laboratorio para su procesamiento, ahí se le ingresaran las reactividades, luego de procesarla y dependiendo si los resultados arrojados en laboratorio hubiesen sido reactivos, se les envía la muestra para su confirmación.

En cuanto a los tiempos que toma su análisis, desde el ISP señalaron que esta etapa requiere una mayor atención por lo tanto se le destina un mayor tiempo, de ese modo, una vez que llega la muestra al ISP, "uno toma esos datos que ya vienen y se ingresan, pero viene un formulario en papel que uno contrasta con lo ingresado y se debe revisar porque nos pasa habitualmente de que pueden faltar antecedentes, que haya que hacer seguimiento de las muestras, etc., entonces se requiere ahí tiempo en ese aspecto". (Entrevista con Instituto de Salud Pública)

Asimismo, indicaron que "las muestras son categorizadas de acuerdo a si son de adulto o de pediátrico. Estamos en un proceso de cambio de las características de muestras que se reciben, y eso involucra qué técnicas vamos a realizar", por lo tanto, dependiendo del tipo de muestra que les envíen, será la técnica que aplicarán para su análisis.

e. Confirmación del examen

Tal como se indicó, es el Instituto de Salud Pública (ISP), el organismo que por mandato legal debe hacerse cargo de la confirmación del examen de VIH, que es tomado por los laboratorios en el país. Así, cada muestra que resulte positiva en los exámenes de tamizaje-screening para anticuerpos contra el VIH se deberá enviar al Instituto para su confirmación.

"las muestras son recepcionadas en una unidad de toma y recepción de muestras, que es para todo el Instituto. Ellos tienen la labor de recepcionar las muestras e ingresarlas [a cada una de las Unidades del ISP correspondiente]. Una vez recepcionada, nuestro laboratorio tiene que revisar los antecedentes de las muestras porque cada una viene con un formulario que normalmente se completa online por los usuarios, ya sea del sistema privado, en forma directa con acceso a la página web del ISP o del sistema público a través de una plataforma que interacciona con el ISP, llamada "SUR-VIHB" (Entrevista Instituto Salud Pública)

Frente al rol que desempeña el ISP durante esta etapa de confirmación del virus, el jefe del Laboratorio de Medicina Molecular del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Pablo Ferrer, señaló que durante la colaboración que mantiene con el Ministerio de Salud, se estableció que "una de las cosas para mejorar el VIH en Chile es ver cómo se hace confirmación en otros países. Yo tomé tres países de referencia para nosotros, Alemania, Canadá y Argentina. En ninguno de los tres existe el centro de certificación o de confirmación nacional". En el caso de esos países explicó que el mismo laboratorio realiza el Test de Elisa junto a uno confirmatorio que podría ser un PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

f. Notificación, entrega del resultado al paciente

Una vez que el Instituto de Salud Pública confirma el examen de VIH, el organismo procede a informar los resultados al laboratorio que tomó la muestra, con el fin de que éste notifique al individuo portador del virus. No obstante, desde el Laboratorio de Medicina Molecular del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Ferrer critica los tiempos que toma esta etapa del procedimiento:

"En Chile lamentablemente al ser el ISP el único centro que hace la confirmación en el país, se produce un sesgo súper grande entre los pacientes que son confirmados por el ISP, con los pacientes que finalmente son notificados. Hay un delta súper importante porque, claro, una persona que vive en Arica y lo diagnostican en Arica y tiene su muestra en Santiago, pasan mínimo 20 o 30 días. Entonces, la persona ya no está ni ahí, se pierde el sentido. Hay personas que no les interesa saber. Tenemos un 10% de personas que no les interesa saber si tiene VIH".

Frente a esta crítica, el ISP, si bien reconoce la necesidad de facilitar el diagnóstico con respuestas más rápidas, aclaran que han desarrollado una serie de iniciativas para trabajar en ello, por ejemplo, a través de la implementación de sistemas informáticos online. Por otra parte, señalaron que los tiempos tampoco pueden acortarse a un solo día, puesto que implican estándares de procedimientos serios, dado que la connotación de una muestra positiva es de alta carga emocional:

"Ahora los procesos en general de confirmación tampoco pueden ser acortados al día 0, porque requieren un control de calidad muy estricto de cada una de las etapas, porque decir a una persona: 'esta es su muestra y es positiva', tiene una connotación muy importante y muy grande. Y nosotros concentramos las muestras de todo el país, también de distintos tipos de factores de riesgo en las personas; de niños, de embarazadas, de personas que a lo mejor tienen otras enfermedades de transmisión sexual, entonces tienen a lo mejor una connotación de riesgo más alta. Entonces, tenemos que abarcar como todo eso".

g. Prueba de Identidad

Previo a la entrega del resultado positivo confirmado por el ISP al paciente, se realiza una prueba de identidad. Para esta etapa, se requiere tomar una nueva muestra de sangre, con ella se hace un test de tamizaje, si éste resulta reactivo confirma la identidad del paciente.

⁸ El Sistema Nacional Único de Registro e Información del VIH/SIDA (SUR-VIH), es una herramienta informática de apoyo para los procesos de atención clínica.

"Cuando llega la confirmación hay que hacer una prueba de identidad, ese es el proceso donde llamamos al paciente para que venga y lo haga (...). A mí me llega el resultado del código y tengo que hacer un screening a nivel local para comprobar que es esta persona. El código se hace con el R.U.T., la fecha de nacimiento e iniciales de la persona. Todo esto está acreditado por calidad y cumple todas las normativas". (Profesional de la Salud Hospital Sótero del Río)

De esa manera, si el resultado de la prueba de identidad es positivo, determina que el procedimiento no tiene errores, y se da paso a la entrega del examen confirmado por el ISP. Por otra parte, si el resultado es no reactivo, el MINSAL (2010, p.46) indica que "se debe contactar al ISP y tomar una nueva muestra de sangre al usuario/paciente para su estudio. Asimismo, y de acuerdo con lo establecido por el ISP, se debe realizar a nivel local una completa revisión de los procedimientos y la auditoría de procesos correspondiente"

Se dio cuenta en este sentido, la dificultad que se presentaba al momento de ubicar a un paciente para la realización de la prueba de identidad. Si bien existe una coordinación territorial e institucional para dar con ellos, donde la asistente social juega un rol fundamental, también dependían de los recursos que disponían para su búsqueda, siendo estos escasos.

Así lo destaca una profesional de la salud del Hospital Sótero del Río, "desde noviembre del año pasado a la fecha ha aumentado la gente que estamos controlando, cada vez es más gente. Las posibilidades que tenemos de vehículo no son tantas, porque si tengo un paciente en Puente Alto y en La Florida, uno se demora casi una mañana en ir a buscar a la gente. Igual nosotros tenemos buenos resultados en la ubicación de la gente, tenemos buena coordinación con la asistente social".

La profesional, con amplia experiencia en el Centro de VIH, advierte también la presencia de problemas logísticos, manifestados por aquellos pacientes que no dan el domicilio real o lo dan errado, también con población inmigrante que no posee un domicilio establecido. "Últimamente hemos tenido hartos problemas con los inmigrantes que se cambian de casa constantemente, llegamos al domicilio que dieron y están viviendo en otra parte". Además, señala que es más preocupante aquellos pacientes que no quieren ser contactados "yo estuve llamando el lunes en la tarde y me dijo que no querían venir, que no lo llamaran más, que no lo molestaran porque él sabía lo que iba a hacer".

Finalmente, agregó con respecto a la ubicación de pacientes, que se estableció una meta a nivel nacional denominada meta express, donde la Secretaría Regional Ministerial de Salud estableció un plazo para ubicar a la gente, el cual luego de tres intentos fallidos debe ser declarado como inubicable.

h. Entrega del resultado al usuario/paciente

La entrega de los resultados está relacionada a una consejería post-test, la cual se regula por medio de la Ley N°19.779, que establece las normas para el VIH y a través del Decreto 182 (2005) del Ministerio de Salud, que reglamenta la toma del examen para la detección del virus.

El artículo 9º del Decreto 182, indica que independiente del resultado del examen (positivo o negativo), la entrega del mismo se realizará con consejería al interesado. Ésta consistirá no solo en notificar el resultado, sino que además, en entregar toda la información que le permita tomar decisiones con conocimiento respecto de sus comportamientos futuros, tanto para permanecer sin infección como para integrarse y mantenerse en los sistema de control y tratamiento, en caso que los resultados del examen hayan dado positivo.

La psicóloga del Centro de VIH, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se refirió al rol que cumplía el psicólogo en dicho centro, señalando que una de sus funciones principales consistía en la realización de la consejería en VIH. Esta se da no solo cuando la persona se hace el examen, sino que se enfoca con mayor énfasis en el momento que deben entregar los resultados a los usuarios o pacientes.

De esa manera, la profesional de la salud alude al objetivo que mantiene la consejería post-entrega de resultados del examen, quien indica que "la idea de la consejería – al menos en la época en que ingresé al hospital- era que tuviera un rol preventivo, o sea, si el resultado es negativo de todas maneras aprovechar esa instancia para hacer prevención en el tema de VIH, y en el caso de ser positivo, ya la prevención es más bien secundaria porque evidentemente el virus ya está presente, pero sirve para que la persona en ese contexto pueda tomar decisiones adecuadas y saber exactamente en qué consiste". Sin embargo, precisó que actualmente la consejería solo se está realizando cuando el resultado ha salido positivo, a no ser que el paciente realice un requerimiento en el caso que se le presente alguna duda.

Se destacó una buena percepción por parte de los pacientes sobre la entrega de información, por cuanto permite conocer en qué consiste el VIH y las implicancias de ser portador del virus. De esta manera, se entregan orientaciones en relación a aspectos administrativos, como la activación del GES (Garantías Explícitas en Salud), con el objeto de acceder a las prestaciones en salud que se requieren para el tratamiento.

"Me he dado cuenta que las personas no la manejan [información], a pesar de que creamos lo contrario. Desde las vías de contagio, que uno pensaba que era información obvia hay dudas, el tema del re-contagio como le digo yo, o el contagio cruzado, cuando dos personas con VIH por ejemplo tienen relaciones sexuales y no se cuidan, la gente también cree que eso no sucede y tiene un efecto. También se hace mucho énfasis al tema del tratamiento y la adherencia a éste". (Profesional de la Salud del Centro de VIH, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

i. Control y Tratamiento

Cada vez que se acerca un paciente con VIH a un centro de salud, se le realiza un control para conocer la situación en la que se encuentra. Una profesional de la salud del Hospital Sótero del Río, comentó sobre el programa integral de atención que ellos tienen destinado a los usuarios que asisten a su centro, "cuando llega un paciente, lo ve una psicóloga, se le hace una evaluación psicológica para ver cómo está el paciente en general".

Asimismo, señala que existen problemas ligados a aquellos pacientes que no son adherentes del programa, quienes habitualmente presentan problemas de drogadicción, alcoholismo o depresión. Otras de las materias a considerar en esta parte del proceso, guarda relación con la identidad sexual de los pacientes o si tienen hijos, con el fin de realizar una derivación a pediatría y constatar si el menor es portador del virus.

Posteriormente, se da paso al ingreso del usuario al programa, junto a una evaluación integral que tiene como fin otorgarle el tratamiento más adecuado. "Si el paciente llega con una neumonía o sarcoma, aunque no tengamos la atención del ISP, nosotros lo ingresamos igual al programa", indica además que el documento que pide la norma señala que el diagnóstico es clínico, por lo tanto, "si el médico ve a un paciente que está en condiciones de SIDA, se le hace un pre-ingreso de urgencia y lo derivamos. Mientras ocurre eso nosotros seguimos haciendo trámites. Pero si una persona llega bien, está en etapa sintomática, lo hacemos todo como dice la norma"

En cuanto al acceso al tratamiento, el Infectólogo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. Alejandro Afani, se refirió de forma positiva a éste, tanto en las prestaciones otorgadas en el sistema privado como en el público, "si

tú me preguntas sobre el acceso a las prestaciones por el tema del VIH, yo te diría que una vez que las personas estén diagnosticadas con la infección, el acceso es bastante expedito y bueno en el sistema privado. En el sistema público está todo implementado, es un poco más lento, pero también funciona. Yo te diría que una vez que las personas son captadas, diagnosticadas e incorporadas y vinculadas a los sistemas de atención, la cosa de ahí en adelante funciona muy bien. El problema está antes".

Como se ha señalado anteriormente, el procedimiento de toma de examen de VIH, culminado con el tratamiento del paciente -si fuese necesario- es valorado como un proceso positivo debido a los altos estándares que son aplicados. Sin embargo, hay sectores que plantean la necesidad de acelerar los procesos de análisis de la muestra, en tanto es el único método masivo con el que nuestro país cuenta para la confirmación del VIH. En este sentido, es importante destacar que en Chile se han llevado a cabo algunas experiencias en el uso del test rápido, herramienta que permitiría un mayor alcance y celeridad en el diagnóstico.

1.5.2 Utilización del Test Rápido de VIH

El Test rápido es un test de alta sensibilidad que arroja resultados en 15 minutos, correspondiendo a una prueba visual de cuarta generación. Desde noviembre de 2018, el Ministerio de Salud dispuso su aplicación en los recintos de Atención Primaria de Salud, así como también en la atención de salud privada.

Este dispositivo se incorpora al sistema con la publicación de la Resolución Exenta Nº1380 (2018) del Ministerio de Salud, la que aprueba las directrices para la detección del VIH, a través del test visual/rápido en acciones intra y extramuro. Esta iniciativa forma parte del Plan Nacional de VIH – SIDA del MINSAL y su aplicación se implementa en razón del creciente aumento de casos detectados de personas que viven con VIH, haciendo necesario reforzar las estrategias de prevención y diagnóstico en la materia.

El objetivo del test es servir de insumo de diagnóstico para la detección del virus, lo que permitirá -según lo indica la Resolución antes señalada- entregar un mejor pronóstico en la expectativa y calidad de vida de las personas que viven con él, siendo fundamental su detección temprana y el pronto inicio de tratamiento antirretroviral. Esto facilita tanto la disminución de la morbi-mortalidad y los costos de atención de las complicaciones de la infección por VIH, como también la reducción en la transmisión del virus.

Desde el Instituto de Salud Pública, los especialistas entrevistados, señalaron que la implementación de una iniciativa como la de los test rápidos, requiere de la instalación de controles de calidad, sobre todo para otorgar las garantías de que los funcionarios de salud que lo apliquen sepan cómo hacerlo, más aún si no poseen los conocimientos de laboratorio. Con lo anterior, además indicaron que "necesitamos un laboratorio que supervise esa colección, ha sido muy compleja y va a seguir siéndolo porque todavía estamos con los pilotos".

Asimismo, agregan que han dictado varias capacitaciones al respecto, colaborando de modo activo con el Ministerio y destacan la relevancia de que se mantenga el estandar y la rigurosidad que caracteriza al procedimiento en el país, profundizando en que "sería muy triste diagnosticar a un chico de 17 años como VIH positivo, con una técnica rápida y otra técnica mal hecha, y resulta que después a los 20 te des cuenta de que nunca fue".

1.6 Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

La Ley N°20.418 dispone un especial énfasis en la educación sexual dirigida a adolescentes que cursan enseñanza media. Desde el sistema de salud, se han desarrollado diversas estrategias para abordar con mayor profundidad la atención de este sector de la población, entre las que destacan la implementación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, publicado por el Ministerio de Salud el año 2013. Éste entrega un plan de acción a llevarse a cabo entre los años 2012 – 2020, en un nivel primario de atención.

En el Programa se establece que, con la aplicación de la 2da Encuesta Nacional de Salud (2009 – 2010), se logra advertir la existencia de conductas de riesgo para la salud, como la insuficiente práctica de actividad física, los malos hábitos de alimentación, el consumo problemático de alcohol, tabaco y drogas, entre otras, conductas que generalmente se comienzan a presentar en esta etapa del ciclo vital.

En el referido Programa, se hace la salvedad que el comportamiento de riesgo en la población de adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años, se relaciona más tarde con las altas prevalencias de enfermedades crónicas en la edad adulta, de ahí la importancia de enfocarse en este grupo, con el objeto de prevenir no solo las distintas enfermedades que se podrían presentar en la adultez, sino que además los impactos que este tipo de conductas trae aparejado al perfil epidemiológico de este grupo de la población, que presenta como primera causa de muerte, las causas externas, como accidentes, suicidios, y violencia interpersonal.

Con lo anterior, queda de manifiesto que la población adolescente requiere de un fácil acceso a la atención de salud, otorgada de forma integral, con servicios de calidad en todos sus niveles, y que en lo posible ésta se realice en espacios diferenciados y amigables. Con este escenario, el Programa en cuestión se enfoca en mejorar tanto el acceso al sistema de salud, como la oferta de servicios disponibles.

a. Control Joven Sano

El Control Joven Sano se define como la atención de salud integral de los adolescentes. Tiene como objetivo, optimizar la oportunidad de intervenir tempranamente y de forma preventiva a los adolescentes y jóvenes de Chile.

Dentro de sus acciones se encuentra, por ejemplo: educar en autocuidado en materia de salud, realizar screening de riesgo de suicidios, revisar calendario de inmunizaciones, entre otras.

En relación al acceso a atención que tienen los adolescentes y jóvenes en el sistema público de salud en el nivel primario de atención, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Plan de Acción 2012 – 2020), en su 2º edición de 2012, propone un flujograma que da cuenta de las dinámicas de funcionamiento en el proceso de atención a este grupo.

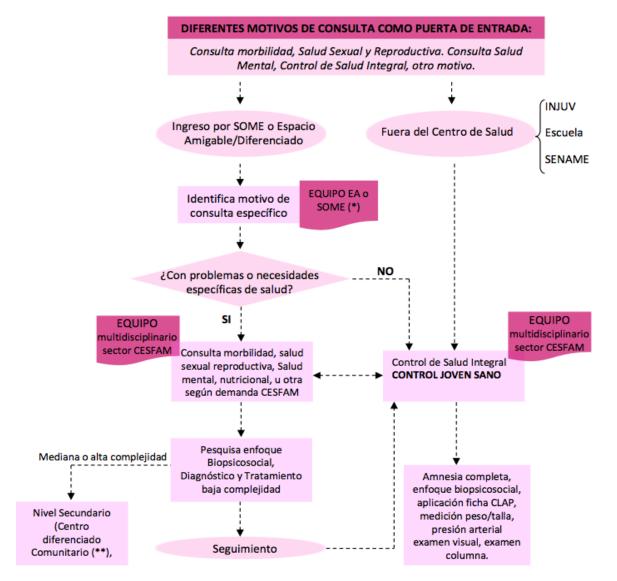


Figura N°1: Flujograma sobre el funcionamiento de atención a adolescentes

^{(*):} Gestor de salud, en caso de no contar con Espacio Amigable, un profesional del equipo CESFAM realiza esta función.

^(**) Derivar mediana complejidad si la comuna cuenta con este servicio.

Sobre lo anterior, el informe Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud (2017), señala que: "En el campo de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, se reconocen ciertas barreras que enfrenta la población adolescente, en relación al acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva, relacionadas con el acceso a los servicios de planificación familiar y en la utilización de anticonceptivos, siendo estas barreras: económicas, geográficas, la relación con sus padres y su pareja, y la preocupación sobre la confidencialidad" (p.74)

En una forma similar se expresaron los profesionales que participaron en el focus group con los CESFAM de la Región Metropolitana:

"Los adolescentes no se acercan a los CESFAM, la estadística dice que el 5% es de consulta, generalmente consultan de los SAPU por que tienen una enfermedad aguda, o por accidente... es simple percepción...tu no ves a un adolescente que entre espontáneamente a un CESFAM a pedir una hora para un control preventivo"

Con lo anterior, además señalaron que "cuando ellos llegan hay una barrera obstaculizadora que si yo percibo que para ellos es muy difícil de pensar, el trámite amargo de la primera puerta, de si tú estás inscrito o no, si tienes hora... si él entra en el formato de entrar a este CESFAM formalmente yo creo que no les va muy bien".

Conforme a lo indicado, existe consenso en que el Programa de Control del Joven Sano nace de la necesidad de acercar a los jóvenes a los Centros de Salud Familiar, dado que ellos no lo estarían haciendo. A esto se agregarían barrera administrativas como la imposibilidad de entregar recetas sin una hora agendada previamente, situación que afectaría la entrega de anticonceptivos.

b. Utilización de la Ficha Clínica CLAP en el control de salud integral de adolescentes

La Ficha CLAP registra la historia clínica del adolescente y se compone de preguntas cerradas, que se aplican durante el control de salud. Su utilización es propiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) con el objeto de otorgar una mejor calidad de atención, además, busca servir como herramienta de gestión en la toma de decisiones en salud.

Esta Ficha consta de preguntas médicas dirigidas hacia los adolescentes, con el fin de conocer el estado de salud en la que se encuentran, como la presión, el peso, entre otros datos personales, así como también la salud sexual.

Por su parte, esta materia se aborda a través de la recolección de antecedentes sobre la condición sexual que mantiene el adolescente, es decir, si están activos o no. "Es una ficha bastante completa, sirve para ver cuál es el riesgo psicosocial. Si hay riesgo en consumo de drogas supongamos, si el niño está escolarizado, si ha repetido cursos, si hay enfermedades mentales de la familia, o si el chico tiene cortes, por ideación o intento suicida" (Profesional de la Salud, CESFAM Antofagasta)

Además, agrega que el trabajo de las Fichas CLAP va inserto en una plataforma online, que en algunos centros de denominan RAYEN, "nosotros tenemos un sistema que es Rayen, entonces, ese sistema es como una ficha en línea en donde todos los profesionales que utilizamos el Rayen, podemos ver qué tipo de actividad se hizo con el adolescente. Entonces en el control adolescente si o si va aplicado la ficha CLAP".

La ficha a su vez, tiene carácter confidencial, puesto que contempla entre sus aspectos, información sensible que guarda relación con riesgos psicosociales, que pueda estar presentando un adolescente. Por lo anterior, solo

tienen acceso al Sistema Rayen o similar, aquellos funcionarios que mantienen una clave, acceso que se pierde si el profesional deja de prestar sus servicios.

Al ser formularios de papel que posteriormente se suben al sistema, tienen la factibilidad de que su aplicación no solo se realice en los centros de salud, sino que también en otros operativos que se requieran, por ejemplo a modo de campañas en establecimientos educacionales u otros espacios donde concurren jóvenes.

"Hace poco hicieron esta campaña y fueron a aplicar fichas CLAP entonces hicieron como postas, pasaron a los colegios. (...) a ellos les gusta que vayan a hacer esas cosas, porque obviamente es más difícil que los adolescentes lleguen a los CESFAM. Los colegios reciben bien a los equipos de salud". (Profesional de la Salud, CESFAM Antofagasta)

Sin embargo, se hace la crítica que a pesar de la existencia de estas iniciativas, el programa adolescente nunca fue bien visualizado, por lo que la aplicación de las fichas solo se observaba como un medio para el cumplimiento de metas de gestión y no para favorecer el acceso de los adolescentes al sistema de salud, tanto así que hoy han visto que la aplicación de éstas solo sirvió para levantar datos pero no para involucrar a los jóvenes en el acceso integral a la salud.

Así lo destacaron profesionales de los CESFAM de la Región Metropolitana, quienes señalaron: "Una de las estrategias que ha ayudado harto –no al espontáneo, por que los traen – es el tema de la evaluación de salud a través de la Ficha Clap. Pero ahí también tengo un pero, porque está súper supeditado al tema de metas, por lo tanto como profesionales a nosotros también nos están apretando, 'oye hay que hacer 200..1.400 tiene que hacer una matrona en el año' y es una prestación que por lo menos requiere, una hora, porque tienes que hacerlo como corresponde, porque eso lleva de la mano una consejería, o si no es un mero pasador de encuesta"

La crítica al cumplimiento de metas es reafirmada por la profesional de Antofagasta quien destaca que "el programa adolescente ha sido como el último pelo en la cola, nunca fue bien visualizado, se basó por muchos años en solo ir a los colegios y aplicar fichas CLAP porque pensaban que solo eso contaba para la meta, aplicar, aplicar fichas CLAP. Y no se hizo consciente que no era solo eso. Entonces ahora cuando se dan cuenta que hay por ejemplo 600 niños con la ficha CLAP, ven que existe solo la ficha de ellos y nada más (...) algunos ni siquiera estaban evolucionados en rayen. (...) Ahora se está poniendo el peso que es importante"

c. Embarazo adolescente

Al momento de tratar el acceso que tienen las y los adolescentes y jóvenes a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, surge el embarazo adolescente como una materia presente en la sociedad chilena que, si bien ha disminuido en los últimos años, se mantiene como "una problemática social, que tiene múltiples consecuencias, como la falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo o hija y su familia". (MINSAL, 2012, p.2)

Como se indicara en el capítulo de cifras del presente estudio, la cantidad de nacidos vivos en el país, durante el año 2015, alcanza un total de 244.671 neonatos, de los cuales 717 de ellos correspondieron a hijas o hijos de mujeres entre 10 – 14 años y 25.435 a hijas o hijos de mujeres entre 15 – 19 años.

Si bien la sexualidad es considerada como un elemento inherente al ser humano, el Instituto Nacional de Juventud indicó en su 8ª Encuesta (2015, p.15), que "la sexualidad juvenil también está ligada a conductas sexuales riesgosas, que pueden desencadenar en problemas de salud, así como en cambios en las trayectorias de vida".

Dado lo anterior, se ha puesto el foco en la prevención del embarazo adolescente, la que va ligada a la educación sexual. El profesional de la salud del Hospital Sótero del Río, señaló que existían dos tipos de prevención, una a nivel primario y otra a nivel secundario. Además, destacó que la prevención primaria se relaciona a la etapa previa a exponerse al riesgo, donde debiese involucrase a los colegios para reforzar la educación de los adolescentes en esta materia.

A pesar de lo anterior, la última encuesta CASEN (2017), establece una disminución del porcentaje de embarazo de madres adolescentes con el transcurso de los años. De mismo modo lo afirma el profesional de la salud del Hospital Sótero del Río, quien señala que "felizmente el embarazo adolescente ha ido disminuyendo en nuestro servicio. La tasa es muy baja, eso significa que estamos llegando a tiempo".

No obstante, también declara que cada vez que se presenta un embarazo adolescente, éste va ligado a una crisis, situación que impacta en la deserción escolar, lo que podría generar riesgos como la violencia intrafamiliar.

En cuanto a la atención de las adolescentes embarazadas en el sistema de salud, se explica que en el Hospital Sótero del Río, por ejemplo, existe un equipo enfocado en las problemáticas que este grupo etario presenta, como las transiciones que las llevan al contacto social y clínico. De igual forma, en lo relacionado al involucramiento de las parejas de las menores de edad en proceso de control del embarazo, también destacan que ambos son citados a las horas médicas, siendo habitual que los hombres que serán padres sean también adolescentes.

"Muchas veces los embarazos son consentidos o incluso las niñas planifican embarazarse con 13 años. Sobre todo en el barrio vulnerable, ellas lo ven como una forma de resaltar. Está el tema del baby shower y muchos padres empiezan a preocuparse más de ellas porque están con el bebé. Tienen el bebé y empiezan a preocuparse del bebé. Se vuelven a embarazar... son fenómenos que se dan, que tienen que ver con carencias afectivas, con buscar cierto status, uno ve mucho esa situación".

Es importante destacar que, junto a las prestaciones que contempla el sistema de salud para las y los jóvenes que son padres durante la adolescencia, se han desarrollado iniciativas en el sector de educación tendientes a garantizar el derecho a educación, a través del "Protocolo de retención en el sistema escolar de estudiantes embarazadas, madres y padres adolescentes", que establece la Ley General de Educación N°20.370 (2009).

1.7 Institucionalidad

Grace Smith, abogada del estudio Hermosilla y compañía, quien se ha desempeñado en temas relacionados con derechos humanos, sexuales y reproductivos, advirtió durante el panel de especialistas realizado para la investigación, que los derechos sexuales y reproductivos, se deben reconocer como derechos fundamentales desde una perspectiva de género, "lamentablemente las políticas públicas en general no están realizadas con enfoque de género, su implementación sobre todo, (...) quizás, una de las partes de mayor complejidad, es el tema del acceso a la educación sexual de las niñas adolescentes, creo que ese ámbito ha sido bastante descuidado por parte del Estado, el acceso a las políticas de prevención de embarazo adolescente, prevención de VIH, entre otros".

Luego, al avanzar en el aspecto de institucionalidad surgen algunas particularidades sobre el tratamiento de la salud sexual en el país. Por un lado, se señaló que estas temáticas no eran valóricas, sino que correspondían a materias de salud pública, y por ende debían tener ese tipo de atención. Mientras que otros entrevistados refutaron lo antes señalado, indicando que, tanto el embarazo adolescente como las enfermedades de transmisión sexual, no correspondían a temas de salud sexual sino a las trayectorias sexuales, reproductivas, conyugales en su relación con la educación, es decir, a cómo se concibe la trayectoria sexual en una sociedad y la maternidad.

En relación a lo anterior, los expertos señalaron que el contexto en el que se originó la norma fue el que definió las orientaciones de la ley en estudio. Desde ahí la educación sexual pasa a ser tratada como un asunto vinculado a la salud, sin recoger los lineamientos que traía consigo la discusión de la política sobre educación sexual, cuyo objeto era mejorar la calidad de la educación, cuestión que se venía conversando desde décadas anteriores.

Con lo anterior, concluyen que, a pesar de la existencia de instrumentos internacionales que aseguran los derechos sexuales y reproductivos de las personas, éstos se han utilizado en una lógica de salud, por lo tanto Chile precisaría de una ley marco que considere al conjunto del Estado.

El doctor Carlos Beltrán, presidente de la Corporación Sida Chile y Coordinador del Plan de VIH/Sida del Ministerio de Salud indicó que, si bien desde su perspectiva el derecho a la salud lo consideraba como una garantía básica consagrada constitucionalmente, éste debería ir acompañada de educación. "Tenemos una situación que es desastrosa en términos de enfermedades de transmisión sexual, que se está incrementando exclusivamente en los jóvenes adolescentes, uno se pregunta ¿cuánto de esto tiene que ver con la abolición de la educación sexual en los colegios hace 15 o 20 años atrás, por razones ideológicas, por razones de conservadurismo?".

Con lo anterior, el doctor Beltrán hace una crítica donde señala que "el Estado no le está proveyendo a los jóvenes las herramientas para no haber adquirido VIH, siendo que es su obligación".

2. FDUCACIÓN

2.1 Enfoque e hitos de las Políticas públicas en educación en sexualidad en los últimos 20 años

Las políticas públicas sobre educación en sexualidad en Chile se han caracterizado por estar en constante tensión entre la entrega de información para la prevención de conductas de riesgos aportadas por el Ministerio de Educación y la libertad que se ha entregado a los establecimientos educativos para desarrollar o aplicar programas en sexualidad acordes a sus orientaciones valóricas. Así lo destacan diversas publicaciones sobre la materia (UNESCO, 2018; MINEDUC, 2004; Cesolaa, 2015; Arenas, 2016) que dan cuenta de los enfoques y prácticas implementadas por las distintas administraciones que han liderado la cartera de educación.

Entre las primeras iniciativas que destacan en este ámbito se registra como propuesta gubernamental la desarrollada por una comisión del Ministerio de Educación a finales de los años sesenta, durante el gobierno de Educación Frei Montalva, titulada "Vida Familiar y Educación Sexual" destinada a colegios públicos, la que se vio interrumpida por la irrupción del régimen militar (Olavarría, 2005).

Adicionalmente, durante los años ochenta universidades y organizaciones no gubernamentales generaron programas sobre educación sexual desde un enfoque sanitario, entre las que destacan el de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) y el del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA).

Durante los años noventa se generó una reactivación del interés por generar políticas públicas de educación en sexualidad en atención a los altos índices de embarazo adolescente presentes en la época. En este contexto, se publica en 1993 la Política de Educación en Sexualidad para el Mejoramiento de la Educación de Calidad en el gobierno de Patricio Aylwin. Esta fue el resultado de un proceso que se inició con la realización de un Encuentro Nacional sobre Educación Sexual en 1990 en el que participaron diversas organizaciones no gubernamentales con el apoyo de UNESCO y que culminó con la publicación de la Declaración de lo Barnechea (Arenas, 2016).

Así mismo, en 1991, se constituyó una Comisión Consultiva en Educación Sexual con Ricardo Lagos como Ministro de Educación, instancia que integró a la comunidad en la discusión sobre las necesidades que la política pública debía abordar.

En este primer debate en torno a la necesidad de integrar la educación en sexualidad se destaca el reconocimiento de valores "como el respeto por la dignidad y los derechos humanos, la responsabilidad política frente a los demás, la autoestima y el respeto por sí mismo, la promoción de actitudes de solidaridad, aceptación y amor a los demás" (PNUD, 2010, p. 194).

Es importante señalar que la Política de Educación en Sexualidad de 1993, fue reeditada por cuarta vez en el año 2001 por el Ministerio de Educación, instancia en que la Ministra de aquel entonces, Mariana Aylwin, reconoce su vigencia tras 8 años de su publicación, con una serie de desafíos aún pendientes, entre los que destacan la incorporación de la educación sexual como Objetivo Fundamental Transversal del currículum y en el currículum de formación inicial de docentes, y la necesidad de una formación continua de los docentes en estas materias.

Las orientaciones aportadas por esta política estatal situaron al Ministerio de Educación en un rol de "Animador Social", cuya función central fue facilitar el apoyo técnico y la difusión de contenidos básicos (MINEDUC, 1993) respetando la diversidad de los proyectos educativos de cada establecimiento. De esta manera, se pone como

principal responsable de la educación en sexualidad a la familia, situando al Estado en un rol secundario de facilitador (Unesco, 2018).

"En la formación de la identidad sexual es fundamental la socialización primaria que se adquiere en la familia, a la que se suma la socialización secundaria que imparte el sistema de educación formal. Así, la educación de la sexualidad es, en primer lugar, un quehacer de la familia, aunque la escuela también comparte la tarea, usualmente de modo implícito". (Ministerio de Educación, 1993, Ed.2001, p. 7)

Esta Política sugiere contenidos mínimos, sin obligatoriedad, orientados por los siguientes objetivos:

- 1. Contribuir a la reflexión en las diferentes instancias de la sociedad en torno a la importancia de la sexualidad en la vida personal, social y cultural.
- 2. Favorecer que los establecimientos educativos diseñen y pongan en marcha Planes y Programas de Educación en Sexualidad que respondan a las orientaciones de la presente Política y que propendan a que los alumnos asuman un rol protagónico en sus procesos de aprendizaje: que aprendan a aprender.
- 3. Favorecer que los establecimientos diseñen y pongan en marcha mecanismos de participación de la comunidad para la elaboración de Planes y Programas de Educación en Sexualidad.

Con la ratificación en 1990 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el llamado a la prevención del embarazo adolescente en 1994 en el marco de la "Conferencia Internacional de Población y Desarrollo" realizada en la Ciudad de el Cairo, el gobierno del presidente Eduardo Frei Ruiz –Tagle convocó a un "Comité Multisectorial de Educación Sexual y Prevención del Embarazo Adolescente". En él participó el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer, Comisión Nacional del Sida (CONASIDA) y el Instituto de la Juventud (Arenas, 2016; Shepard, 2009; Miles, 2016), estas instancias sirvieron de antecedente para la implementación de las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) en 1996.

Las JOCAS contaron con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas (FPNU) y trabajaron en torno a una metodología desarrollada por Rodrigo Vera Godoy, consultor de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) para América Latina y UNESCO. Estas Jornadas tuvieron como eje central la participación de los distintos actores que componen la comunidad educativa en un modelo de autogestión del conocimiento. Esta metodología denominada "Educación Comunitaria de Resonancia para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Adultos" generó instancias de diálogo destinada a apoderados, estudiantes y docentes con el apoyo de médicos, matronas, psicólogos, orientadores, profesores capacitados en sexualidad, entre otros profesionales (Dides y Fernández, 2016).

Tabla 6: Liceos Capacitados por las JOCAS

Región	Total Liceos	Liceos Capacitados					Total Liceos	Total %
		96	97	98	99	2000	Capacitados	Capacitados
1	34		13	12	0	5	30	88%
П	36			14	7	10	31	86%
Ш	24		16	8		0	24	100%
IV	55	10	6	11	10	9	46	84%
V	180		50	18	24	30	122	68%
VI	72		9	17	11	15	52	72%
VII	83	10	20	20	3	10	63	76%
VIII	142		40	24	9	15	88	62%
IX	96		24	18	12	10	64	67%
Х	101			20	18	20	58	57%
XI	12			5	5	2	12	100%
XII	16			7	7	2	16	100%
R.M.	437	14	45	41	38	43	181	41%
Total	1288	34	223	215	144	171	787	61%

Fuente: MINEDUC, julio de 2004.

Entre 1996 y 2001, con el apoyo del Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), estas jornadas fueron aplicadas en más de 600 liceos secundarios (UNESCO, 2018), orientados por tres objetivos (Shepard, 2009):

- 1. Romper el tabú de hablar sobre sexo y relaciones sexuales, iniciando conversaciones sobre estos temas;
- 2. Poner a la comunidad escolar en contacto con servicios profesionales que puedan responder a las necesidades de las/los jóvenes en estos ámbitos
- 3. Empoderar a las/los participantes -especialmente adolescentes- a utilizar estas conversaciones para recoger información, analizar problemas comunes e identificar los mejores cursos de acción.

Alejadas de la rutina de la escuela y del modelo pedagógico de enseñanza tradicional, las JOCAS fueron instancias voluntarias para los establecimientos educacionales. Estas se dividían en tres jornadas de discusión de seis horas en total, que iniciaban con la Problematización en la que grupos de no más de 20 personas eran motivados por animadores y agentes educativos pertenecientes a la misma comunidad, pero previamente capacitados. Estos últimos identificaban las inquietudes del grupo y dan respuesta a ellas en un segundo momento, denominado "Información y Orientación" en el que el grupo de participantes es mayor y heterogéneo.

En un tercer momento, los grupos vuelven a su conformación inicial para discutir algunos de los temas tratados en la segundo fase, para posteriormente, generar una interacción entre padres y estudiantes apoyados por docentes.

La evaluación que hasta nuestros días se realiza de esta experiencia de Política Pública aún despierta división entre especialistas y los sectores conservadores de la sociedad chilena. En este sentido, hay quienes resaltan el valor dialógico de las JOCAS y su aporte a la promoción de la autonomía en la toma de decisiones de las personas.

"Considerando el énfasis en el discernimiento y la toma de decisiones, las JOCAS adoptan de forma explícita una concepción de la moralidad que le otorga primera prioridad a la autonomía individual y a la conciencia de la persona, en contraposición con la moralidad tradicional de las normas sagradas fijas" (Shepard, 2009:206)

Según un estudio de Casas y Ahumada (2009) citado por UNESCO (2018) un 85% de los estudiantes señalaron haber aprendido en estas jornadas y valoraron el espacio de discusión, mientras que los profesores destacaron la cercanía que generó esta experiencia con los estudiantes.

Sin embargo, como señala Leonardo Arenas (2016, p.38) en su estudio Aportes para una Historia de la Educación Sexual en Chile (1990-2016), "La discusión pública se centró en los aspectos morales y políticos, no así en lo metodológico-pedagógico; con lo que rápidamente se contaminó y polarizó". Entre los motivos para generar resistencia basada en aspectos valóricos o religiosos, es recurrente encontrar en la prensa y la literatura especializada, argumentos centrados en que la exposición abierta a información sobre sexualidad aceleraría el despertar sexual de los estudiantes, mientras que otros señalaban que estas materias son de exclusiva competencia de las familias (Montenegro: 2000).

Otra de las críticas habituales a este programa responde a la transformación del espacio educativo tradicional para la aplicación de la metodología que requería este tipo de programas, las que demandaban la adecuación de horas pedagógicas exclusivas para su implementación. Además, se cuestionó que fueran eventos sin continuidad, ni seguimiento (UNESCO, 2018), siendo dificultosa su aplicación en un programa general.

Como lo señala el propio Rodrigo Vera Godoy, especialista que participó del diseño de esta metodología, en entrevista realizada para este estudio "Hay una razón, por no decir de la concepción burocrática de la escolaridad en la cual todos hemos sido educados. O sea, si no forman parte del currículo, si no pueden ser evaluadas, si no son calificadas, si no son controladas...La idea era que los jóvenes y niños vieran distintas perspectivas, pero no siguieran una, sino que tuvieran que hacerse un juicio propio sobre lo que habían escuchado".

Luego de cinco años de aplicación y de que el 61% de liceos a nivel nacional fueran capacitados, las JOCAS se eliminaron en el año 2001, pasando a un periodo que en palabras de UNESCO (2018) se desarrollaron planes sin continuidad entre los años 2001 y 2009. Entre ellas destacan "Hacia una Sexualidad Responsable", implementada por el Ministerio de Educación entre 2001 y 2003 en 8 comunas del país. En 2004, tras 10 años de vigencia de la Política de Educación Sexual para el mejoramiento de la Calidad de la Educación de 1993, se convocó a la Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual para analizar su implementación.

"Sin embargo, constata que al no existir un plan definido por parte del Ministerio de Educación que operacionalizara las líneas de acción propuestas en la Política de Educación en Sexualidad del año 1993, lo realizado en estos años es asumido por el sistema escolar y sus actores como acciones paralelas, aisladas y con escasa conexión, generando en la opinión pública –salvo el caso de las JOCAS– la sensación de que el Ministerio no estaba haciendo nada para enfrentar este tema en el sistema escolar" (Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre educación sexual, 2005)

Como resultado de esta evaluación, se publicó el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad que estuvo vigente entre los años 2005 y 2010, cuyo eje diferenciador radica en la implementación de la Secretaría Técnica en Educación en Sexualidad y Afectividad, que tendría como principal función difundir e implementar este Plan. Este organismo depende en sus inicios del gabinete del ministro y corresponde a un avance en materia de institucionalidad específica para velar por la educación en sexualidad. Sin embargo, los cambios constantes en el ministerio producto del movimiento estudiantil de 2006, terminaron por traspasar la Secretaría Técnica a la División de Educación General, donde –en palabras de UNESCO- perdió fuerza, desapareciendo en 2010.

"Hasta ahora, por tanto, los fundamentos son bastante similares a los que habían guiado las demás políticas públicas en materia de educación sexual en el país: los principios descentralizantes y la valorización de la libertad de enseñanza continúan por sobre el derecho a la información de los estudiantes; se sigue otorgando un carácter preferentemente privado a la educación sexual, en tanto se define principalmente como responsabilidad familiar; y se mantiene el paralelismo conservador entre sexualidad y amor, sin problematizar esta relación." (Reyes, 2016, p. 55)

2.2 Siete programas de educación sexual: oferta para capacitación docente

En el 2010 durante el primer gobierno del Presidente Sebastián Piñera, el Ministerio de Educación en conjunto con el Servicio Nacional de la Mujer, liderados por los Ministros Joaquín Lavín y Carolina Schmidt, presentaron una oferta compuesta por siete programas de educación sexual con diversos enfoques y metodologías, cuyo objetivo central era capacitar a profesores de establecimientos educacionales que reciben aportes del Estado.

La también llamada "Política del portafolio" (UNESCO, 2018) promovía el abordaje de la educación sexual en consonancia con el proyecto educativo del establecimiento, vale decir, respetando la libertad de enseñanza y los valores que cada colegio promovía.

De esta manera, el Ministerio de Educación proporcionaba una respuesta a la recién publicada Ley N°20.418 que establecía como derecho el acceso a educación sexual para estudiantes de enseñanza media, mediante un catálogo de programas variado, con visiones conservadoras y progresistas puestas a disposición por instituciones externas al Ministerio, con trayectoria en la capacitación de docentes en materia de sexualidad y afectividad.

"El Ministerio de Educación optó por proveer al sistema educacional una oferta taxonomizada y diversificada de propuestas institucionales según estatutos ideológicos –en torno a una distinción antropológica de tipo confesional (cristiano o laico)–, como una estrategia destinada a introducir el pluralismo ideológico, y de libre elección entre programas por los establecimientos educacionales, asegurando así la libertad de enseñanza y el derecho preferente de los padres". (Palma, Reyes y Moreno, 2013. P. 16)

Tabla 7: Programas de Educación Sexual Ofertados por MINEDUC (2011)

Institución Responsable		Nombre del Programa	
Universidad de Chile	Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA)	Adolescencia: tiempo de decisiones	
Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)		Sexualidad Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia	
Pontificia Universidad Católica	Facultad de Ciencias Biológicas	Teen Star	
Universidad de Chile	Escuela de Psicología	Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)	
Dr. Ricardo Capponi	Centro de Educación Sexual, Inteligencia Emocional y Afectividad Integral	Curso de Educación Sexual Integral	
Universidad San Sebastián	Centro de Estudios de la Familia	Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad	
Universidad Católica de la Santísima Concepción	Instituto Superior de Ciencias de la Familia	Aprendiendo a Querer	

Fuente: MINEDUC, julio de 2004.

Para su ejecución, se dispuso del Fondo de Capacitación en Sexualidad, Afectividad y Género por resolución exenta N°04441 de 12 de agosto de 2011, con \$300 millones de pesos, monto que operó como alternativa a los aportes entregados mediante la Ley de Subvención Escolar para el pago de estas instituciones conocidas como ATES, Asistencia Técnica Educativa.

Así, cada establecimiento disponía de hasta \$330.000 para financiar la contratación de uno de los 7 programas que capacitarían a tres profesores, especialmente aquellos pertenecientes a colegios que impartieran educación media y que pertenecieran a comunas con a lo menos 30 estudiantes en el sistema escolar en situación de embarazo, maternidad y/o paternidad según datos del Sistema de Registro de la Junta Nacional de Auxilio y Becas (JUNAEB) (Arenas, 2016, p. 54)

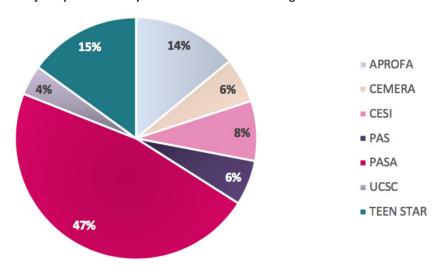
Según datos aportados por el Primer Informe de Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, publicado por Corporación Miles en 2016, durante el año 2011 se capacitó a un total de 1720 profesores, como consta en la Resolución Exenta Nº 6486 del Ministerio de Educación, de 01 de diciembre de 2011, citada por Miles.

En base a esta misma información es posible advertir que el Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile y el programa "Sexualidad Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia" impartido por la Asociación Chilena por la Protección de la familia (APROFA), fueron los que capacitaron el mayor número de docentes durante el periodo señalado, alcanzando los 808 y 235 respectivamente.

Los datos, demuestran una inclinación importante hacia los programas Laicos antes mencionados, mientras que aquellos que apoyan una línea confesional, fueron liderados por el Programa TeenStar que contó con el apoyo de la

Pontificia Universidad Católica de Chile que concentró un total de 262 docentes inscritos, lo que representa un 15% frente al 42% que alcanzó el programa PASA.

Gráfico N°26: Porcentaje de profesores capacitados a nivel nacional según institución al 1 de diciembre de 2011



Fuente: Realización propia con datos de MINEDUC en investigación de Corporación Miles (2016)

La estrategia del MINEDUC del año 2011 recibió críticas de diversos sectores. Si bien, se reconoce como una propuesta que buscó entregar una solución concreta para introducir la educación sexual en los colegios, el sistema de financiamiento y la falta de transparencia en los criterios de selección de los programas son temas que marcaron la discusión durante su implementación.

"La interpretación que el MINEDUC dirigido por Lavín hace de la Ley N°20.418, sin embargo, entrega casi por completo la administración de la formación en sexualidad a estas instituciones. La educación sexual, por tanto, queda consolidada como un problema íntimo de cada colegio que, mediante el principio de libertad de enseñanza, 'da pie a un enfoque mercantil'" (Astudillo, 2015, p.4 en; Unesco, 2018)

Esta noción de mercado criticada por Astudillo, es también compartida por diversos especialistas entrevistados para este estudio. Ejemplo de ello es lo planteado por Rodrigo Vera, consultor internacional en materia de sexualidad y afectividad, quien calificó esta política como perversa al negar la posibilidad de disponer a los estudiantes distintas visiones, necesarias para su proceso formativo.

"Entonces, en definitiva, era legitimar una manera sesgada de formarte en un periodo tan importante que es que supone pluralidad y noción. Entonces a mí me pareció muy nefasto. (...) es una revolución al Estado, un administrador del mercado cuando en este terreno necesitamos que los objetivos de Estado -por constitución y ley- sean alcanzados. (...) Hay cierta perversidad en denegar a los jóvenes tener recursos distintos como para poder tomar sus propias decisiones". (Rodrigo Vera, en entrevista para este estudio)

El financiamiento también fue un eje ampliamente cuestionado, por cuanto limitaba el acceso a los cursos de capacitación a la demanda que cada sostenedor de establecimiento de educación realizara. Si bien, se generó

un fondo de capacitación, la burocracia para acceder a dichos recursos podría haber mermado el interés de los colegios, sobre todos aquellos presentan dependencia municipal.

Así lo habría destacado uno de los encargados de un programa de educación sexual en un focus group realizado para este estudio. "Nosotros hemos estado trabajando con colegios municipales y las dificultades que han tenido ellos para acceder a lo que hay es lo que impide. Por ejemplo, te llaman y te dicen que quieren hacer algo, pero tienen que esperar el "O.K" de muchas personas. El proceso es muy burocrático, es lo que nos han dicho varias veces. Por ejemplo, para poder tomar una capacitación para un profesor tienen que pasar por 6 personas. La DAE, la DAEM, concejales incluso".

Una de las críticas que despertó polémica en los medios de comunicación guardó relación con los contenidos aportados por estas Instituciones. En particular, fue ampliamente cuestionada la referencia que realizaba uno de los materiales pedagógicos del Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad de la Universidad San Sebastián, donde se consideraba a la homosexualidad como un trastorno, situación que debió ser calificada como un error por el Ministro de Educación de la época, Harold Beyer.

En un sentido similar, en publicaciones del Dr. Caponi (2011, p. 253), responsable del Curso de Educación Sexual Integral se señala referente a esta materia "Conviene Instruir a los padres en que deben estar atentos a sus hijos con trastornos en la identidad de rol, especialmente cuando sean niños, o sea niños afeminados o niñas ahombradas. Un diagnóstico precoz puede impedir que este niño (a) llegue a la homosexualidad". Así, las críticas a este tipo de concepciones apuntaron a la ausencia de contenidos mínimos a aplicar durante las capacitaciones y a la ausencia de fiscalización o control sobre su implementación.

Es importante destacar que, en conjunto con la oferta de los siete programas de educación, durante el mismo periodo, se anunció desde el Ministerio la introducción obligatoria de la asignatura de orientación, instancia en la que los profesores podrían abordar materias de sexualidad y género. Esta consideraba su abordaje iniciando desde sexto básico, proponiendo instalar en el currículum la educación sexual antes de lo mandatado por la ley.

2.3 Currículum Nacional y Programa: Orientaciones para el abordaje de Sexualidad Afectividad y Género

"Nosotros desde el año pasado les preguntamos a las chicas y chicos qué es lo que piensan sobre la educación sexual, el 90 y algo por ciento de chicas y chicos que participaron de este proceso nos dicen que la educación sexual es insuficiente". (Encargado Programa Educación Sexual en Focus Group)

"Esto no está en las mallas curriculares y no está formalizado, hacen un cursito, un taller, una persona que no está especializada. A veces son profesores que hacen un curso u otras veces son profesores que dicen que pueden hablar del tema. Falta un abordaje más amplio para abordar cuáles son los principales factores de riesgo".

(Profesional Centro de VIH Hospital RM)

Existe la percepción entre los profesionales que trabajan en entornos educativos y de salud, que la educación en los colegios es débil, tardía e incluso, muchos se atreven a señalarla como inexistente. Su inclusión en el currículum nacional, en ocasiones, pasa desapercibida, reflejándose como una materia relevante que no logra ser priorizada frente a las exigencias que el currículum nacional obligatorio establece y las pruebas de medición estandarizada exigen.

En el marco de la publicación de la Ley N°20.418, el Ministerio de Educación ha desarrollado diversos materiales para orientar a los establecimientos en la elaboración de sus programas de educación sexual e integrar de forma transversal esta mirada en las asignaturas de Ciencias Naturales, Orientación e Historia, Geografía y Ciencias Sociales.

Uno de los primeros documentos en aportar lineamientos para la implementación de este tipo de contenidos, con posterioridad a la publicación de la Ley es el titulado "Educación en Sexualidad, Afectividad y Género: Orientaciones para el diseño e implementación de un programa en sexualidad, afectividad y género".

Entre las materias que este aborda, destacan afirmaciones que buscan aclarar o desmitificar inquietudes y creencias sobre sexualidad, habituales al momento de iniciar su tratamiento en espacios educativos. Entre estas destacan:

- "La sexualidad no se enseña"
- "Hay un momento para hablar de sexo con los/as hijos/as o estudiantes"
- "Educar en sexualidad es incitar a los jóvenes a tener relaciones sexuales tempranamente"
- "La educación sexual priva a los niños y niñas de su inocencia"
- "Educar a las personas jóvenes en sexualidad, es deber exclusivo de madres, padres y de la familia"
- "La educación sexual es educación en valores"

Así mismo, destacan algunos lineamientos para que los programas desarrollados por los colegios de enseñanza media sean efectivos, debiendo tener la capacidad de reducir la información incorrecta, aumentar el conocimiento y manejo de información correcta; clarificar y consolidar valores y actitudes positivas; fortalecer las competencias sociales necesarias para tomar decisiones fundamentadas y la capacidad de actuar en función de ellas; mejorar las percepciones acerca de los grupos de pares y las normas sociales; Aumentar y mejorar la comunicación con padres, madres y otros adultos de confianza.

Finalmente, se presentan sugerencias para elaborar el Programa, considerando un paso a paso que comprende desde la definición de objetivos, la realización de un diagnóstico sobre conocimientos en sexualidad, afectividad y género que incluya a toda la comunidad educativa. Además, contempla orientaciones para seleccionar contenidos y elaborar los materiales para las sesiones y evaluar la aplicación del mismo.

Tal como lo señala su nombre, este documento es orientativo. Si bien desde la entrada en vigencia de la Ley N°20.418 la elaboración de un programa de educación por parte de los establecimientos de enseñanza media es obligatorio, este no cuenta con una fiscalización de su implementación, no presenta contenidos mínimos ni obligatorios, solo sugiere un plan de trabajo que la comunidad educativa puede o no considerar.

En relación a este último punto y en referencia al documento "Formación en Sexualidad, Afectividad y Género" que desde 2013 alcanzó los 36.000 ejemplares distribuidos, según consta en la investigación de Corporación Miles (2016), "Esta cartilla si bien sugiere espacios donde tratar contenidos de sexualidad y afectividad dentro de la escuela y establece contenidos mínimos para los distintos niveles de educación básica y media, no otorga ninguna obligatoriedad a los establecimientos" (p. 28)

Años más tarde se publica el documento "Oportunidades Curriculares para la Educación en Sexualidad, Afectividad y Género". En él se consigna parte de las dificultades que se presentan al momento de abordar estas temáticas y se señalan los objetivos que guían este material de apoyo para los docentes:

"Llevar a la práctica un tipo de formación en sexualidad, afectividad y género en los establecimientos educacionales de nuestro país, es un tema complejo dada la diversidad de Proyectos Educativos Institucionales, no obstante, el Estado debe garantizar la formación integral de todas y todos los estudiantes, 'procurando promover la libertad de conciencia de todas las personas y resguardando la autonomía de los establecimientos educacionales de nuestro país, desde los lineamientos del currículum nacional, la normativa actual en materias de educación y el Proyecto Educativo Institucional" (MINEDUC, 2018, p.8).

En base a una revisión de las Bases Curriculares de Enseñanza Parvularia, Básica y Media, el documento articula seis dimensiones de la sexualidad que pueden ser tratadas en los distintos niveles educativos, considerando la adquisición progresiva de las habilidades para que niños y adolescentes puedan tomar decisiones responsables e informadas. Entre estas dimensiones destacan:

- Dimensión sexo, sexualidad y género
- Dimensión relaciones interpersonales
- Dimensión Corporalidad
- Tecnologías Preventivas y Reproductivas para la Salud Sexual
- Dimensión Crecimiento Personal
- Dimensión Bienestar y Autocuidado

Entorno a estas seis dimensiones se desglosan por nivel educativo y asignatura una serie de objetivos y actividades sugeridas que en poco más de 200 páginas, buscan aportar herramientas para que profesores de 7° básico a 2° medio integren a las asignaturas de Orientación, Ciencias Naturales e Historia lineamientos sobre sexualidad, afectividad y género.

Si bien, estas orientaciones han sido reconocidas de forma positiva por organismos internacionales como UNESCO, por adecuarse a los contenidos recomendados internacionalmente y desarrollar metodologías pertinentes, se observan debilidades en la profundización de los contenidos.

Así lo señala UNESCO en el estudio "Educación Integral en Sexualidad y Currículum en Latinoamérica" (2017). El documento, sintetiza la revisión de los programas de estudio de Ciencias Naturales de 4° a 7° básicos, Ciencias Sociales de 5° y 6° básico y las Guías "Orientaciones para el Diseño e Implementación de un Programa de educación en Sexualidad, Afectividad y Género" y "Formación en Sexualidad, Afectividad y Género".

"Uno de los puntos que merecen revisión es la debilidad observada en el área de Salud Sexual y Reproductiva en el segmento de 9 a 11 años al no proporcionar conocimientos sobre anticoncepción y prevención de embarazos no planeados y de infecciones de transmisión sexual. Por otra Parte, no existe información sobre la forma en que las orientaciones se reflejan en la realidad de las aulas. Este aspecto es particularmente importante dada la discrecionalidad que se otorga a los planteles escolares para implementar o no algunos segmentos del Programa" (UNESCO, 2017.P. 21)

En este mismo sentido, cabe destacar que este documento entrega especial relevancia a la existencia de un programa de educación en sexualidad y afectividad y género, cuya estrategia nacional para su implementación no se encuentra vigente, mientras que los programas que cada establecimiento está obligado a realizar por mandato de la Ley N°20.418, en la actualidad son desarrollados por los colegios de forma autónoma sin fiscalización sobre los contenidos mínimos que los integran.

"La dificultad es el cuándo. (...) El ánimo está, pero no hay tiempo en el currículum. Son 45 minutos al mes. Desde nuestra experiencia, tiene que ser constante, la idea es que no sea una vez cada 3 años, la idea es que sea una materia, que año a año se vaya aprendiendo algo nuevo, nosotros creemos que la educación sexual se tiene que aprender año a año". (Programas de Educación Sexual en focus group).

Lo antes señalado se condice con la información entregada por el Ministerio de Educación (2017) sobre el Plan de Estudio desde 5° básico a 2° medio el que presenta solo 28 horas anuales para la asignatura de orientación, lo que se traduce solo en una hora a la semana para su abordaje.

"Sexualidad y afectividad forman parte mucho más reducidamente de la Bases Curriculares de Ciencias Naturales y Biología, al comparar con Orientación. Pese a que en estas también se aprecian algunas de las críticas realizadas respecto a los lineamientos de Orientación –por ejemplo, el énfasis en la comprensión individualista de la sexualidad y la normatividad asociada a la pubertad y la adolescencia–, lo cierto es que se da cuenta de un interés por tratar la sexualidad desde una perspectiva integrada que involucre aspectos biológicos, afectivos y sexuales". (Reyes, 2016. P.70)

2.4 Educación sexual, una materia más que abordar al interior del aula

Adicional a las orientaciones curriculares y al programa que cada establecimiento debe implementar, la sexualidad, afectividad y género también es abordada por otras iniciativas desplegadas por el Ministerio de Educación en conjunto con otros Ministerios.

Por una parte, encontramos el Modelo de Aulas del Bien Estar (ABE), a cargo de la Unidad de Transversalidad del Ministerio de Educación. Esta promueve un Modelo de Gestión Intersectorial que surge en 2014, a través del trabajo conjunto entre el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, la Junta Nacional para el Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Estas instituciones conformaron la Mesa Nacional de Aulas del Bien Estar, iniciativa que se enmarcó en la reforma educacional para el fortalecimiento de la educación púbica.

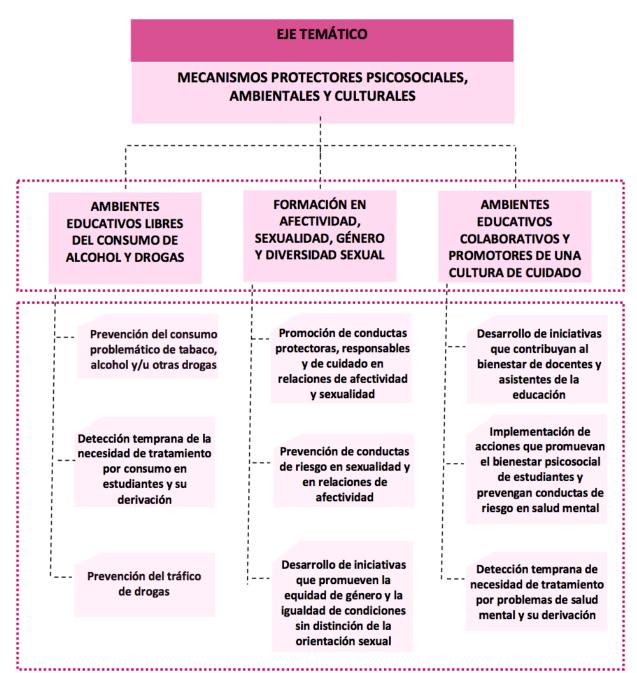
La falta de educación en sexualidad fue una de las materias reportadas como débiles luego de la aplicación de un programa piloto de ABE en 2015. Junto con ella, se puso en alerta sobre la escasa participación de las familias en los colegios, el desinterés de los estudiantes en el aprendizaje, la baja autoestima y baja participación, la violencia escolar y la vulneración económica.

Estas son algunas de las materias que este modelo busca mejorar, el cual forma parte de la Política Nacional de Convivencia Escolar (PNCE) cuyo objetivo central es generar instancias de interrelación entre los actores que componen la comunidad educativa para propiciar "la creación de climas de confianza adecuados para el aprendizaje." (MINEDUC, 2015, p.19)

En este contexto, bajo el Modelo ABE subyacen una serie de dimensiones, divididas en ejes temáticos: Participación, Inclusión y Formación Democrática, Formación y hábitos de vida activa y saludable y Mecanismos protectores psicosociales, ambientales y culturales. Es en este último eje donde se sitúa la formación en afectividad, sexualidad, género y diversidad sexual, como se puede apreciar en la siguiente figura:

Figura N°2: Operacionalización del eje en dimensiones y subdimensiones

Modelo Aulas del Bien Estar



Fuente: Aulas del Bien Estar, Ministerio de Educación, 2017. P. 52

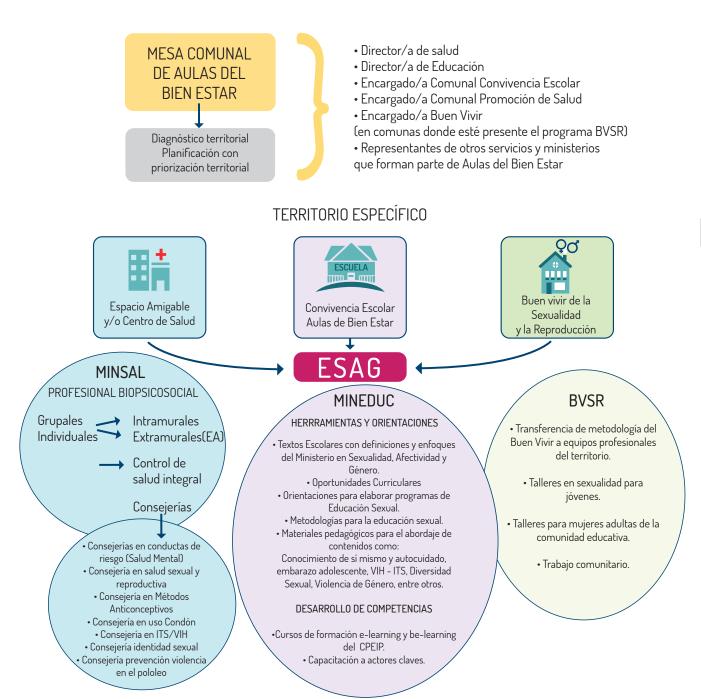
Este modelo ABE fue la base para la implementación de una Estrategia Nacional de Sexualidad, Afectividad y Género (ESAG) que estuvo vigente durante los años 2016 y 2017, política que buscaba facilitar la articulación de los distintos sectores del Estado en una línea similar a las del Aula del Bien Estar, mediante una red intersectorial integrada y especializada en la materia.

En esta Estrategia se desplegaban tres niveles: Nacional, comunal y escolar, y buscaba articular programas correspondientes a tres ministerios distintos:

- Espacio Amigable y/o Centro de Salud, del Ministerio de Salud
- Convivencia Escolar y Aulas del Bien Estar, del Ministerio de Educación
- Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción, a cargo del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género.

A continuación, se presenta la Integración de la Estrategia Nacional de Sexualidad, afectividad y Género en el modelo ABE.

Figura 3: Integración de la Estrategia en Sexualidad Afectividad y Género en Modelo de Aulas del Bien Estar (ABE)



Si bien esta estrategia se encuentra en el sitio web del MINEDUC con fecha marzo de 2018, en entrevista con dicha cartera, se afirmó que ésta no se encuentra vigente, y que de momento estarían en proceso de búsqueda y diseño de nuevos lineamientos. No obstante lo anterior, este Ministerio ha continuado haciendo entrega del conocido Portafolio Educativo en Sexualidad, Afectividad y Género, que consiste en una caja con material pedagógico que aporta orientaciones sobre enfoque y actividades para trabajar educación sexual, diversidad sexual y violencia sexual. Según consta en entrevista realizada con el Ministerio de Educación, este portafolio fue distribuido en el presente año a un total de 5233 establecimientos educacionales municipales.

Por otra parte, al ser consultados los colegios sobre quien es el responsable de diseñar e implementar el Programa en Sexualidad, Afectividad y Género que mandata la Ley N°20.418 y la Estrategia Nacional, estos señalaron en su mayoría al Encargado de Convivencia Escolar. Así, es este profesional el que coordina las distintas iniciativas que refieren al Modelo de Aulas del Bien Estar, sin embargo, en algunos casos, los orientadores también desempeñan dicha función.

Esta situación, evidencia una sobrecarga de materias que debe abordar este profesional, cuyo cargo surge como exigencia de la Ley N°20.536 sobre violencia escolar, enfoque distinto a las materias que se buscan reforzar en educación sexual, tales como la afectividad, el autocuidado y la toma de decisiones responsables.

Por otra parte, la figura del orientador es también limitada, por cuanto suele ser quien aporta lineamientos, pero la aplicación de los contenidos al interior del aula suele estar a cargo del profesor jefe o de los docentes de biología, ciencias naturales, historia y geografía, situación que fue criticada por la mesa de especialistas convocada para esta investigación, quienes señalan:

"Lo que observamos dentro de los colegios, es que ni siquiera existía coordinación dentro del mismo establecimiento entre estas dos unidades, porque la ley compromete al Ministerio de Salud y de Educación a trabajar juntos, eso tampoco pudo ser cumplido en la práctica y, entonces, una de las dificultades mayores que ellos tenían era en qué horas los aplicas, porque no existe dentro de los horarios, horas destinadas específicamente a implementar". (Panel de Especialistas)

Esta información es corroborada por el Informe sobre Desarrollo Humano de 2010, que aborda la materia género. En él se pone énfasis en el escaso espacio con que los docentes cuentan para implementar las iniciativas del Ministerio de Educación. "Los temas de educación sexual están presentes transversalmente en este currículo, pero de acuerdo a los entrevistados no se estarían abordando en la práctica, principalmente porque no hay capacidades en los docentes. Tampoco hay mecanismos de exigibilidad sobre estos contenidos, porque no sólo no se evalúan nacionalmente estándares, sino que las metas aún no están definidas". (PNUD, 2010.p.200)

Por otra parte, en relación al modelo de gestión que considera las Aulas del Bien Estar y la ESAG, en su momento, el asesor de UNESCO en materias de educación sexual en Chile, Daniel Reyes, valora la idea de poner en comunicación a los distintos actores del sistema involucrados en la educación sexual, sin embargo, cuestiona su aplicabilidad e impacto en el real abordaje de las materias requeridas en este ámbito.

"El modelo ABE parece considerar el establecimiento educacional como una estructura que sirve para aprovechar el contexto escolar y el público 'cautivo' para entregar información y promover y/o derivar a servicios de salud. Es un aporte significativo, pero hay que considerarlo como un complemento al trabajo en aula. Aparte de la entrega de materiales pedagógicos (sin duda valiosos) a l*s [sic] docentes, el modelo no incorpora el aula como su centro. De hecho, tal como está presentado, asume que lo que pasa en el aula es un aporte más a los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes en espacios amables". (Reyes, 2018, s/p)

2.5 Capacitación Docente: un tema a mejorar

En la actualidad existen dos vías de capacitación para los docentes en materia de educación sexual. La primera, corresponde a las capacitaciones que pone a disposición el Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas (CPEIP) del Ministerio de Educación.

Este centro ha impartido desde 2016 el curso "Hablemos de sexualidad: promoviendo la diversidad e inclusión en el aula", dirigido a docentes, directivos y asistentes de la educación de todo el país a través de la modalidad e-learning. Con una duración de entre 30 y 40 horas, tiene como objetivo aportar enfoques actualizados sobre educación en sexualidad, afectividad y género, con especial énfasis en el respeto a la diversidad sexual.

Este aporta herramientas para que el docente pueda abordar estas materias con estudiantes, padres, madres y apoderados, entregando- según plantearon desde el Ministerio de Educación en entrevista para este estudio- una actualización curricular en materias que no fueron tratadas en la formación inicial o que han experimentado transformaciones en el tiempo.

Por otra parte, una segunda opción de capacitación docente guarda relación con la oferta de las entidades de Asistencia Técnica Educativa, conocidas como (ATE). Mediante la Ley de Subvención Preferencial Escolar, los establecimientos pueden contratar a una ATE para que desarrolle cursos de perfeccionamiento sobre diversas materias.

Varias de estas instituciones formaron parte de la oferta de los 7 programas elegidos por el Ministerio de Educación en el año 2010, muchas de las cuales aún se encuentran vigentes. En la actualidad existen 41 ATE que entregan servicios en educación sexual, esto se debería a la normativa impuesta en los últimos años donde se les exige a estas instituciones que sean entidades sin fines de lucro y que tengan personalidad jurídica.

Aun cuando el Ministerio de Educación respalda las iniciativas de capacitación antes mencionadas, diversos actores que participaron del estudio señalan desconocer esta oferta o critican los inconvenientes que genera para aquellos establecimientos municipales o de menores recursos.

Así lo manifiesta un Encargado de Convivencia Escolar de la región de Antofagasta, quien señala no conocer la oferta en capacitación sobre la materia: "La verdad que no, justamente ahora estábamos en conversaciones sobre ese tema, estamos trabajando con los niños, pero qué pasa con los profes. Ahí nos falta focalizarnos para ver cómo vamos pasando este conocimiento que le estamos pasando a los niños, pero también a los profesores".

Por su parte, en el debate generado entre los encargados de programa de educación sexual que componen las ATEs, destacan la inequidad en el acceso a estos espacios formativos, en tanto resaltan la imposibilidad de los establecimientos más vulnerables para acceder a la oferta externa: "La cantidad de profesores que yo estimé según datos del Ministerio de Educación, no más allá de 15% o 20% tienen capacitación en educación sexual y no sabemos a qué profundidad y qué enfoque tiene. El 90% de ellos están en educación privada. La educación pública y subvencionada tiene una ausencia de capacitación de docentes trágica. Ese es el primer desafío, si estamos enfocando profesores, estamos enfocando educadores".

Una opinión similar manifestó Daniel Reyes, Asesor UNESCO en Educación Sexual y parte del equipo del Programa PASA de la Universidad de Chile: "Eso opera de forma muy injusta, porque las escuelas privadas sí hacen definiciones adicionales y tienen sus programas de educación sexual, además tienen grandes equipos de convivencia que están en condiciones de hacer diseños".

Esta ventaja de los colegios privados no se replicaría en el sistema municipal, quienes si bien poseen acceso a subvenciones para contratar ATEs deben pasar por procesos engorrosos que impactan en el interés en una materia que no es la primera prioridad de los establecimientos.

Otra alternativa a las capacitaciones antes mencionadas son las realizadas por la Universidad de Chile, a través de la Facultad de Medicina, quienes desde finales de los ochentas vienen desarrollando diversas iniciativas para trabajar con la comunidad educativa materias de sexualidad y reproductividad.

Tomando la experiencia del médico Ramiro Molina y del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) han desarrollado el "Curso de Educación Sexual On Line de Auto Aprendizaje" (CESOLAA). En la plataforma virtual se ofrecen cursos para estudiantes, para profesores y para el público general, los que se acompañan de videos y materiales didácticos.

Según datos aportados por los profesionales de CESOLAA, entre septiembre del año 2017 y junio de 2018 se han matriculado 4768 personas, 2.070 profesores y 2.698 estudiantes. Esta iniciativa es gratuita se presenta como una opción adicional a las antes mencionadas para que los interesados en la materia puedan acceder a formación en educación sexual basada en evidencia.

2.6 Rol del Ministerio de Educación

El rol del Ministerio de Educación en la aplicación de una política pública en materia de formación en sexualidad ha sido ampliamente cuestionado. Si bien, desde la cartera destacan la relevancia de desarrollar un aporte objetivo en cuanto a la provisión de materiales que presenten un enfoque transversal no ideologizado, hay quienes plantean que esta posición no ha permitido avanzar de forma concreta en su abordaje al interior del aula.

"Ellos revisaron lo que ya estaba en el currículum y sobre la base de eso dijeron que había oportunidades para hacer educación sexual, ellos le 'quitaron el poto a la jeringa', porque en vez de atreverse a generar material, definiciones, tomaron lo que ya existía y ahí solo se hacen cargo un 30 o 40 por ciento de los elementos mínimos que habría que trabajarse. El Ministerio tiene que hacerse cargo, tiene que diseñar material". (Daniel Reyes, entrevista.)

En una línea similar se expresa Corporación Miles en el primer informe sobre "Salud Sexual Reproductiva y Derechos Humanos en Chile" (2016). Allí se destaca la continua decisión del Ministerio por trabajar en torno a materias que se centran en dar respuesta a la necesidad de generar consensos para trabajar estos temas al interior del aula.

"En general, estos programas aspiraron a un alto consenso en sus contenidos, siendo precedidos por comisiones donde participaron diversos actores sociales, con una importante presencia de las iglesias, en particular, la iglesia católica. Lo anterior influyó en que, (...) se abocaron mayoritariamente a la reproducción y la vinculación afectiva, presentando serios vacíos en cuanto a género, identidad sexual, y goce o placer erótico, ámbitos de los cuales se guardó silencio ya sea por presiones de grupos fácticos o por falta de voluntad política de los gobiernos de turno". (Miles, 2016, pp. 20-21)

Por otra parte, hay quienes cuestionan las atribuciones con las que cuenta el Ministerio de Educación de exigir el abordaje de la educación sexual al interior de los establecimientos, en tanto la administración de estos radica en un tercero, ya sea en los municipios, fundaciones o particulares, quienes tienen plena libertad para decidir en función de su proyecto educativo la forma y profundidad con que se trabajan estas materias.

"El contexto es que el Ministerio de Educación no administra los establecimientos educacionales, por lo que debe actuar a través de medios indirectos y negociar con los actores que los administran, sostenedores y directores, de quienes depende finalmente que las políticas ministeriales se apliquen en sus establecimientos." (PNUD, 2010, p.199)

Según señala el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la situación antes referida genera una pérdida de autonomía por parte del Ministerio de Educación que se ve forzado -como comparten las fuentes anteriores-a negociar el abordaje de materias potencialmente controversiales, restringiendo su capacidad de velar por una educación integral.

"Esta circunstancia llevaría a ejecutar acciones poco controvertidas, a buscar instancias sociales para generar consensos y, en ocasiones, a crear mecanismos de validación internos que funcionarían como fiscalizadores de los discursos y orientaciones técnicas de las estrategias, y que afectarían la capacidad de ejecución". (PNUD, 2010.p.199)

De igual manera, desde UNESCO ponen el acento en tratar la educación sexual de forma recurrente desde una mirada de salud. En este sentido, el enfoque de riesgo prima a la hora de enseñar la sexualidad al interior del aula, dejando al Ministerio de Educación en un rol secundario, supeditado a las campañas o metas que el Ministerio de Salud se impone en cuanto a mejorar el acceso a atención sanitaria por parte de adolescentes y jóvenes.

"Hay una dinámica entre salud y educación que es difícil. Se pone la responsabilidad en el Ministerio de Salud y hacen que Educación les abra las puertas. Que invitemos a la matrona que llegue a hablarnos de las enfermedades de educación sexual con fotos terribles y un discurso de riesgo y terror que no es nuestra definición de educación de sexualidad. Claro, funciona e impacta. También para que en temas de convivencia invitan al Carabinero. Se convierte en una dinámica más de promoción en salud que de educación". (Entrevista UNESCO)

Como se señalara en el acápite de salud sexual y reproductiva, tanto el enfoque de riesgo como la aplicación de fichas clínicas de atención al interior de los colegios por personal de salud, son criticadas por aquellos especialistas que observan estas estrategias como insuficientes. Lo anterior, por cuanto estas acciones en conjunto con las orientaciones del Ministerio de Educación no asegurarían una educación sexual que garantice el acceso a la información y aporte las herramientas necesarias para que los adolescentes puedan tomar decisiones sobre su vida sexual, en razón de nociones de afectividad y respeto mutuo, como tampoco asegurarían la prevención del contagio de enfermedades de trasmisión sexual.

CAPÍTULO V.

percepción ciudadana



CAPÍTULO V. PERCEPCIÓN CIUDADANA

La Ley N°20.418 otorga a los establecimientos educacionales un rol central en su ejecución, siendo estos los encargados de implementar y aplicar los programas de educación sexual y reproductiva. Por lo anterior, se realizaron dos foros de participación ciudadana constituidos por establecimientos educacionales que reciben fondos públicos (establecimientos de dependencia administrativa municipal y subvencionada), los cuales se realizaron en la ciudad de Antofagasta y Santiago respectivamente.

Debido a la diversidad de establecimientos educacionales que componen el sistema educacional chileno, al mismo tiempo que la norma considera el respeto a los proyectos institucionales en la ejecución de los programas de educación sexual, se segmentaron las mesas de trabajo realizadas acorde a si los establecimientos educacionales tienen o no orientación religiosa⁹.

Para la evaluación de la norma por parte de la ciudadanía, se establecieron los siguientes objetivos: a) identificar factores que impactan en el correcto abordaje de la educación sexual en establecimientos educacionales , b) evaluar la pertinencia y aplicación del portafolio educativo en sexualidad, afectividad y género desarrollado por MINEDUC en relación al cumplimiento de la Ley N°20.418, y c) evaluar la acción coordinada del sector salud con los establecimientos educacionales para el correcto cumplimiento de los objetivos de la norma.

Entre los tópicos que fueron más destacados por la ciudadanía se abordan temas como los momentos y estrategias desarrolladas por los establecimientos para una correcta ejecución de la educación sexual entre los y las jóvenes de nuestro país. Se indagó a su vez en los distintos enfoques y temáticas que han sido abordadas por los establecimientos, al mismo tiempo que se dio cuenta de otros factores que afectan el abordaje de la sexualidad en el aula, como lo es el estado de capacitación de los docentes u otros profesionales responsables de su ejecución, y la relación con la comunidad educativa.

Junto a lo anterior, los establecimientos educacionales se refirieron al rol desempeñado por el Ministerio de Educación en: la elaboración de la política pública, la relación establecida con los colegios, y las orientaciones técnicas entregadas.

Finalmente, se abordó el trabajo colaborativo o en red desarrollado por los establecimientos educacionales en relación a diversos actores del sistema, poniendo especial énfasis en el trabajo colaborativo con el sector salud.

⁹ El criterio de segmentación por orientación religiosa fue utilizado solamente en el foro ciudadano realizado en Santiago. Esto debido a que la región de Antofagasta no presenta una cantidad suficiente de colegios subvencionados para realizar dos mesas de trabajo segmentadas. No obstante lo anterior, y en vista a la lectura de datos, la mesa de trabajo de colegios subvencionados en la región de Antofagasta estuvo en su mayoría compuesta por establecimientos educacionales con orientación religiosa.

1. FDUCACIÓN SEXUAL EN EL AULA

El primer objetivo a evaluar respecto a la ciudadanía dice relación con la ejecución de la educación sexual en el aula. De esta manera, se determinó identificar los momentos y estrategias de enseñanza que se han establecido y desarrollado al interior de colegios de dependencia municipal y subvencionada. Junto a lo anterior, se determinó identificar los principales enfoques y temáticas abordadas al momento de impartir educación sexual en los establecimientos entrevistados.

De forma adicional, se identificó el uso de programas de capacitación en educación sexual como forma de asistencia técnica a los establecimientos educacionales, al mismo tiempo que se indagó en el estado de capacitación de los docentes de los colegios convocados. Finalmente, el presente apartado finaliza con dos temáticas que emergieron durante el desarrollo de las entrevistas y que se encuentran vinculadas en el discurso de los entrevistados al desarrollo de la educación sexual en aula, a saber, la caracterización de los niños, niñas y adolescentes como factor que afecta la forma en que se desarrolla e implementan los programas de educación sexual en los colegios, y el factor comunidad escolar como condicionante de los programas y estrategias para el correcto desarrollo de la educación sexual.

1.1 Momento de enseñanza

Un primer elemento que dice relación con la educación sexual en el aula refiere a los momentos y espacios que se han generado al interior de los establecimientos educacionales para abordar la educación sexual. De esta manera, se observa en todos los grupos focales realizados que la mayor parte de los establecimientos hacen mención a un trabajo transversal, donde se integran los contenidos de educación sexual en otras asignaturas, cobrando especial relevancia las asignaturas de biología y religión, con la finalidad de entregar orientaciones a nivel valórico y técnicocientífico.

No obstante, la instancia más común mencionada durante la realización de los grupos focales refiere a las horas de orientación, focalizándose en esta instancia el abordaje de temas de afectividad, sexualidad y género. Considerando que parte de los establecimientos educacionales utilizan la hora de orientación como única instancia para abordar la materia, cobra relevancia la evaluación que realizan los docentes de la instancia. De esta manera, los docentes relevaron que la cantidad de horas con que se cuenta para orientación es insuficiente, donde fueron declaradas frecuencias que fluctúan entre dos horas pedagógicas de orientación a la semana, hasta una hora pedagógica de orientación cada 15 días.

Además de lo anterior, se observó en la mayoría de los grupos focales realizados que orientación es percibida como una especie de "comodín" o "la hora donde se acumulan los cachos". Esto, debido a que desde el Ministerio de Educación se envían orientaciones para cubrir nuevas temáticas emergentes que requieren atención por parte de los establecimientos educacionales en el horario de orientación.

"Me pasa que hay mucho que abordar, pero no hay tiempo. La semana pasada hicimos una reunión para preguntar lo que están haciendo los profes en orientación. Tenían como 5 cosas que hacer y 45 minutos de orientación. Yo creo que es un tema de tiempo, mínimo deberían ser dos horas a la semana." (Establecimiento Subvencionado Laico, Santiago.)

En cuanto al encargado de impartir educación sexual en los establecimientos educacionales en las horas de orientación, por lo general la responsabilidad recae en el profesor jefe, siendo variable según el colegio. También existen casos en que esta responsabilidad recae en el orientador o el encargado de convivencia escolar.

La forma de trabajo más extendida entre los entrevistados corresponde a un trabajo coordinado entre las jefaturas docentes y la parte técnica (orientación y/o convivencia escolar). Este apoyo por lo general se traduce en la generación conjunta de programas y/o capacitaciones técnicas respecto a la temática.

En relación con lo anterior, se observa asociado en el discurso de los entrevistados la capacitación de los docentes, específicamente de las jefaturas de curso, haciendo referencia a la asimetría en el nivel de capacitación y compromiso respecto a impartir la materia por parte de los docentes que componen los establecimientos educacionales consultados.

"En cuanto a las horas de orientación, yo creo que el profesor jefe delega muchas de estas temáticas y no se trabaja en profundidad, y yo creo que ellos tampoco se hacen cargo, hay una crítica al profesorado en ese ámbito." (Establecimiento Municipal, Santiago).

La hora de orientación fue valorada positivamente por los entrevistados como una instancia propicia para impartir educación sexual, en cuanto permite generar espacios más personalizados, lo que aumenta la confianza de los y las estudiantes, favoreciendo un ambiente adecuado para impartir educación sexual. Esto cobra especial relevancia debido a que la temática puede generar pudor entre los niños, niñas y adolescentes, en donde establecimientos que han logrado generar ambientes de confianza han observado mejores resultados entre sus estudiantes según lo esbozado por los entrevistados.

Finalmente, todo lo anterior se complementa generalmente en trabajos coordinados con el sector salud, específicamente los CESFAM donde se observaron distintas modalidades de trabajo, en las que destacan la realización de talleres con estudiantes y/o capacitaciones a docentes y administrativos. Estas instancias fueron calificadas de forma positiva por todos los entrevistados.

Adicionalmente, se observaron algunos establecimientos educacionales que externalizan completamente la temática, quedando relegada la educación sexual a los espacios generados con el sector salud. Respecto a la información relacionada con el trabajo colaborativo entre el sector salud y educación, ver apartado "Trabajo en red: coordinación entre el sector salud, educación y otros actores relevantes".

"Es un poco, externalizar la parte de la prevención con los CESFAM y consultorios, es gente mucho más especializada, son las matronas que dan... tienen mucha más información, van con presentaciones potentes, sobre todo en las transmisiones sexuales, porque muestran imágenes. Aquí en los colegios se externaliza eso." (Establecimiento Municipal, Santiago)

1.2 Enfoque y temáticas abordadas

Para identificar otros factores que impactan en el correcto abordaje de la educación sexual en establecimientos educacionales se indagó en los distintos enfoques y estrategias desarrolladas por los colegios consultados. Además, se identificaron las diversas temáticas desarrolladas en los programas que allí se ejecutan.

Existe un consenso generalizado entre los entrevistados que la educación sexual debe estar orientada por la edad, donde debe haber un enfoque de gradualidad en los conocimientos que se entregan a los niños, niñas y adolescentes.

De esta manera, se trabaja en los más pequeños los temas de autocuidado y autoconocimiento, los que fueron considerados como factores protectores que se les entregan a los estudiantes. Esto a su vez, ayudaría a detectar casos de abusos entre esta población.

Posteriormente, con los adolescentes se trabajan temas asociados a la biología, con su componente de salud sexual y reproductiva, y temas valóricos con enfoques orientados al respeto, el reconocimiento y la afectividad. En este punto, se asociaron efectos positivos al enfoque afectivo en relación al tema en cuanto podría funcionar como factor protector para los niños, niñas y adolescentes.

"Cuando yo trabajo en las emociones de los estudiantes, me es más fácil tomar mejores decisiones en mi vida sexual y siento que eso hace mucha falta en los colegios, conversaciones con los papás, el tema de la afectividad, conversaciones con los papás, contención. Porque un niño bien contenido va a tener mejores decisiones no solo en el ámbito sexual, sino que cuando se enfrente a las drogas, cuando se enfrente a la violencia en el pololeo va a tener mejores decisiones en su vida." (Establecimiento Municipal, Santiago)

Sumado a lo anterior, un eje transversal que fue discutido por los entrevistados refiere a la formación de sujetos capaces de tomar decisiones responsables, las cuales tendrían en sus bases los pilares del autoconocimiento y el autocuidado.

"Nosotros partimos de la base tan simple que uno enseña a conocerse, el autoconocimiento desde el punto de vista psicológico, biológico. Y en definitiva el niño va conociéndose, va tomando decisiones que finalmente, lo que a nosotros nos importa es que el niño si el día de mañana tiene o no tiene relaciones sexuales o cómo vive su sexualidad, lo haga de manera responsable, respetándose. Y eso es lo que nosotros trabajamos en la institución". (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

Adicionalmente, fue relevada la importancia de desarrollar la capacidad de "decir no" por parte de los estudiantes en relación a la formación de sujetos capaces de tomar decisiones responsables.

"El respeto, el reconocimiento, el servicio, el cariño, el amor, el decir no. El 'no' está completamente espantado de nuestro diálogo, nosotros no sabemos usar el no, el no se perdió y es súper importante". (Establecimiento Subvencionado, Antofagasta)

Como última referencia a la mirada que debiese contemplar la aproximación a la educación sexual, se dio cuenta de una cantidad importante de menciones en referencia al enfoque de género. En este sentido, se relevó la necesidad de capacitar a docentes, técnicos y administrativos en relación a este enfoque, el cual emergió con bastante fuerza durante el último tiempo según los entrevistados, y donde los conocimientos por parte de los docentes no se encuentran tan actualizados como se requiere.

"Claro, en mi colegio tengo profesores de 70 u 80 años y tienen otra mentalidad. Los de media son como mis abuelitos. Uno piensa cómo esa persona va a abordar eso en clases, cómo va a abordar al niño y si lo va a discriminar. Los niños hablan de maricones, de niños gay, perdonen el lenguaje. También tengo profes que se refieren a los niños gorditos como chanchitos... ¿Cómo vamos a pretender que los niños respeten a los otros si ni siquiera los

adultos respetan? Hay un tema de mentalidad y de educación de base de los profesionales". (Establecimiento Subvencionado Laico, Santiago)

Por otro lado, se observaron efectos negativos en relación a los enfoques de algunos establecimientos, específicamente el fenómeno se presentó asociado a aquellos de orientación religiosa. De esta manera, se constató que algunos colegios no tienen planes y programas establecidos o no cuentan con objetivos y/o lineamientos claros por parte del plantel administrativo. Esto se relaciona con los hallazgos asociados a la evaluación que realizan los entrevistados del rol desempeñado por MINEDUC respecto a la materia, para mayor información ver apartado "Evaluación MINEDUC: evaluación del rol del ministerio y de los recursos educativos".

"Yo creo que sí, pero ahí está el punto sobre cómo está abarcando el colegio, hacia dónde va. No hay un plan, un proyecto. Ahora, si nos dijera, hay que hacer esto y esto otro, que sería lo bueno, lo haríamos." (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago).

Finalmente, se observó una diferencia importante en los enfoques que presentan algunos establecimientos educacionales con orientación religiosa, específicamente en lo referido a temáticas asociadas a prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención de embarazo adolescente. De esta manera, se observan establecimientos educacionales con orientación religiosa con una disposición positiva a abordar el tema.

"En el caso de nosotros, que también somos un colegio confesional, con la declaración de principios adhiere a lo bíblico, una concepción de ser humano como criatura de Dios, promueve la educación sexual en función de lo que establece la biblia, pero independiente de eso se asume que se está en un contexto cultural, un contexto actual en el que es importante la no discriminación, es importante conocer otras formas de cuidarse. Por ejemplo, en torno al tema del uso del preservativo, se promueve la abstinencia desde un paradigma cristiano bíblico, sin embargo, se atiende también las otras posibilidades que existen en torno al autocuidado, prevenir el embarazo." (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

Por otro lado, se dio cuenta de algunos establecimientos educacionales de orientación religiosa que declararon tener problemas con el abordaje de estas temáticas, principalmente debido a que el hecho de abordarlas incentivaría el inicio de la actividad sexual por parte de los y las adolescentes.

"Nosotros como cristianos enseñamos nuestra parte, punto bíblico más que nada. Fíjate para dónde vamos, dónde llevamos el tema, porque nosotros bíblicamente qué decimos. Ustedes deben tener relaciones con sus esposas cuando se casen, que dice la biblia. Porque yo no puedo decir cómo. Tengo que enseñar a usar el preservativo para que puedas andar con uno y con otro, que tú le des las herramientas. O el preservativo, o tomí la pastilla, lo que sea verdad. Como que le damos agua, ustedes pueden tener relaciones con quien quieran referente al tema." (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

1.3 Caracterización niños, niñas y adolescentes

Las características generacionales de los niños, niñas y adolescentes que actualmente componen el sistema educacional fueron identificadas como un factor que afecta directamente el abordaje de la educación sexual en el aula.

Respecto a esto, se observa un acuerdo entre los entrevistados que la actual generación se encuentra abierta a tratar los diversos temas que componen el abordaje a la educación sexual, donde los tabúes parecen afectar en menor medida que a la generación encargada de impartir la educación sexual. De esta manera, los y las adolescentes fueron descritos como sujetos que presentan un alto interés en la materia, sin embargo, existen muchos mitos extendidos entre esta población.

Además de lo anterior, se observó que existiría una baja en la percepción de riesgo respecto al contagio de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Esto, en la voz de los entrevistados, correspondería a un factor de riesgo que urge abordar como política pública.

"Y otro factor, además, tomando lo que dice el colega, que ya el tema SIDA se está viendo como una enfermedad, porque ya está siendo tratada. Hay personas que pueden envejecer teniendo SIDA y eso ya la población lo está tomando como alguien que tiene diabetes no más, que tiene que tomar pastillas." (Establecimiento Municipal, Antofagasta)

1.4 Capacitación y uso de programas

Otra dimensión respecto a la educación sexual en el aula, refiere a la capacitación de quienes se encargan de ejecutar la educación sexual y los programas que la imparten.

De esta manera, la capacitación mediante programas fue mencionada por establecimientos educacionales de dependencia subvencionada y, principalmente, por colegios con orientación religiosa. Estos últimos señalaron como el servicio más contratado el Programa "Teenstar". Otros programas referidos fueron el impartido por la Universidad de Chile y el de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA).

Desde los colegios subvencionados se dio cuenta que existe una cierta desconfianza respecto a las capacitaciones en relación a su calidad y/o certificación y se observó que la variedad de cursos de capacitación es insuficiente en este sentido.

"(...) tampoco está la consulta de si efectivamente esta la capacidad profesional de los docentes en Chile para hacerse cargo de tanta diversidad. Y que efectivamente hace que los sostenedores miren, en el fondo que miren capacitaciones urgentes y empiecen a salir estas capacitaciones emergentes que en realidad no sabemos si está o está mal. Y que en el fondo, cuando tú hablas de Teenstar, en el fondo es eso. Desde la red de colegios católicos, la única entidad que a lo mejor ha aprobado el programa de educación sexual y que en el fondo está con una coherencia desde los principios y todo eso, es eso. No tienes otra, no hay otra posibilidad" (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

Finalmente, una crítica que emerge desde los entrevistados se refiere a que los profesores jefes se han hecho cardo de abordar la educación sexual, pero no existe una capacitación para esto. Así, algunos docentes no tienen las competencias para su abordaje en esta y en otros requerimientos que deben ser vistos en las horas de orientación, especialmente en relación a la creciente instalación de protocolos en los establecimientos educacionales, lo que ha llevado a los profesores también a requerir mayores conocimientos técnico-jurídicos.

"Nosotros manejamos algunas áreas de psicología, pero son muy básicas, entonces, a lo mejor, quizás, hoy día, me atrevo a decir que en educación lo que está pasando hoy día, hablando bien en general, es que hoy día nosotros recibimos instrucciones. Por ejemplo, se promulga, se aprueba tal ley e instrucción, el colegio tiene que tener esto. Entonces nosotros rápidamente, imagínate, yo casi me estoy convirtiendo en, gracias a Dios tengo un hijo que estudia derecho y me ayuda con estas leyes porque me piden protocolo de esto, protocolo de esto otro." (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

1.5 Comunidad escolar

Como último factor que influye en la forma en que se imparte la educación sexual en el aula, se identificó a la comunidad escolar, con énfasis en la relación que establecen los apoderados con los establecimientos educacionales, y más específicamente con los profesores.

En todos los grupos focales realizados se hizo referencia a que se busca trabajar con los apoderados en las horas de reunión, sin embargo, se destacaron diversas dificultades asociadas a esto. En primer lugar, la mayor parte de los establecimientos que intentaron desarrollar talleres o reuniones especializadas con apoderados para abordar la temática tuvieron muy baja concurrencia, por lo que se han visto obligados a utilizar las reuniones donde se entregan informes de notas, ya que son las instancias que tienen mayor nivel de participación de parte de los apoderados. En segundo lugar, al utilizar las horas de reunión, deben compartir el tiempo en diversas temáticas, ocurriendo una situación similar a lo que acontece con el uso de las horas de orientación.

Además de lo anterior, los entrevistados describieron a las comunidades escolares con las que trabajan en términos de su capacitación para entregar orientaciones a sus niños, niñas y adolescentes. En este sentido, se mencionó que los apoderados en gran medida no se encuentran capacitados para impartir educación sexual, debido a que, por un lado, es una situación incómoda para ellos, y por otro, en ocasiones tampoco cuentan con los conocimientos necesarios para resolver las dudas.

Sumado a lo anterior, se detectó que otro factor que afectaría esta situación es el tiempo del que disponen los apoderados para estar con sus hijos e hijas, por lo que no existen muchas veces las instancias o la confianza para tratar los temas de educación sexual.

"Los apoderados aceptan porque, generalmente, hay algunos que desconocen mucha información y porque tampoco tienen el tiempo para dedicarle a sus hijos, porque trabajan. Esta región es complicada porque trabajan mucho tiempo fuera, entonces, son pocos los que hablan abiertamente con sus hijos. Muchas veces no se atreven." (Establecimiento Subvencionado, Antofagasta)

Finalmente, se observaron situaciones donde los padres se oponen a la educación sexual, esto cobra mayor preponderancia en establecimientos de orientación religiosa. En general, se asocia el hecho de impartir educación sexual con validar el inicio de la actividad sexual temprana ente los jóvenes. Lo anterior tenido como consecuencia, que algunos establecimientos educacionales hayan delegado completamente el tema de la formación en sexualidad al trabajo colaborativo con los Centros de Atención de Salud Familiar (CESFAM).

2. FVALUACIÓN MINEDUC: ROL DEL MINISTERIO Y RECURSOS EDUCATIVOS

Una segunda dimensión a evaluar por los entrevistados, refirió al rol del MINEDUC y los recursos pedagógicos puestos a disposición de los establecimientos educacionales para elaborar los programas de educación sexual.

2.1 Evaluación del portafolio

Se ahondó en el conocimiento del portafolio y los distintos recursos educativos y/o orientaciones técnicas disponibles para los establecimientos educacionales desde el Ministerio de Educación. Al Respecto, se constató que el nivel de conocimiento de estos recursos varía entre colegios, donde no intervienen las variables de dependencia administrativa u orientación religiosa del establecimiento.

Así, se pudo dar cuenta que existe un desconocimiento importante de parte de algunos establecimientos educacionales de estas herramientas, sin embargo, las orientaciones técnicas tienen un mayor nivel de conocimiento entre los profesionales. Asociado a esto, emergió en el discurso de los entrevistados la idea de que los recursos que pone a disposición MINEDUC dependen de la voluntad y motivación de los profesores y los equipos técnicos por buscarlos, elevándose una crítica a los sistemas de comunicación y a la bajada de estos materiales a las comunidades educativas.

"Lo que pasa es que tiene que ver con un tema de difusión porque en el fondo, lo que hacen es sacar, ahí está, el que quiere ver, ve, y el que no quiere, no lo ve. Es como un poco informal. Hoy día no sé si está muy con el interés del acompañamiento frente a este tema, o sea, no hay. La información está, tú la sacas." (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

Además del nivel de conocimiento y la identificación del uso del material dispuesto por MINEDUC, se evalúo la pertinencia de los recursos puestos a disposición de los colegios. Respecto a esto se sistematizaron diversas críticas. En primer lugar, el portafolio fue calificado como algo engorroso y muy teórico, el cual tiene difícil bajada en la práctica. En este sentido, se registraron menciones asociadas a la falta de elementos lúdicos y a la ausencia de actividades que se pueden realizar con los y las estudiantes respetando su etapa en el ciclo de desarrollo.

Una segunda crítica elevada a MINEDUC en relación a los recursos educativos dice relación con la ausencia de un currículum o contenidos mínimos obligatorios como ocurre con otras asignaturas. Si bien desde los establecimientos con orientación religiosa estuvieron de acuerdo en menor medida con lo expuesto anteriormente, debido a que estos contenidos mínimos debiesen quedar a criterio de las familias, se evaluó como positivo el hecho de formalizar los contenidos mínimos con la finalidad de evitar ciertos factores de riesgo, tales como las fuentes de información que permiten la propagación de mitologías en torno a la salud sexual y reproductiva.

"Entonces, yo volviendo a los contenidos mínimos, yo lo encuentro como una oportunidad porque, si bien, va a caer en una obligatoriedad que al menos va a tener ..., vamos a tener que entregar esos contenidos, dentro de un plano -como lo dices tú- formal. Porque si no esos chicos, si ese papá no fue educado o no tiene las herramientas, las va a ir a buscar donde este profesor, al amigo más grande que a lo mejor no le va entregar un buen consejo." (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

Sumado a lo anterior, se expuso que la ausencia de un programa nacional que asegure los contenidos mínimos respecto a educación sexual tendría como consecuencia un sobre esfuerzo para aquellos establecimientos educacionales de menos recursos y que cuentan con equipos técnicos de capacitación limitada.

"Debiera existir un programa nacional como base, nosotros tenemos uno y lo creamos, pero hay otros colegios que les significa un esfuerzo enorme hacerlo. No sé si todos están capacitados para hacerlo, es difícil. Las orientaciones están claras, las temáticas, pero debería haber material a trabajar." (Establecimiento Municipal, Santiago)

Una última crítica al portafolio refiere a la falta de orientaciones para el trabajo con la comunidad escolar, la cual como se hizo mención en el apartado "Educación sexual en el aula" correspondería a un factor importante para el correcto abordaje de la educación sexual en los establecimientos educacionales.

"Yo, primeramente, creo que debería ser orientado a la educación familiar, la educación de la familia. Digamos, capacitar al profesor jefe que es el que tiene contacto directo con los apoderados. Entonces de allí a lo mejor hacer un poco más informativo, un trabajo que pudiera hacer el profesor y aplicarlo bien. Tal vez ahí podríamos atacar, ¿cierto? Porque yo siento que a quien hay que atacar en el fondo es la familia." (Establecimiento Municipal, Antofagasta)

2.2 Evaluación Ministerio de Educación

Se indagó en las percepciones de los entrevistados sobre el rol que ha llevado adelante el Ministerio de Educación y su vinculación con los establecimientos educacionales que se encuentran a su cargo.

En primer lugar, se percibe una falta de acompañamiento de manera transversal a todos los segmentos considerados en el estudio. Así, ningún entrevistado declara haber tenido experiencia o haber escuchado hablar de establecimientos educacionales que hayan participado en mesas de trabajo u otras instancias con MINEDUC. Desde todos los segmentos existe un acuerdo respecto a la necesidad de contar con mayor apoyo por parte del ministerio. En segundo lugar, en los colegios subvencionados de orientación religiosa, se asocian ideas de una creciente necesidad de acompañamiento, al mismo tiempo que se relevaba el tema de respetar los sellos institucionales.

"Los acompañamientos técnico-pedagógicos que vienen desde las DEPRO, que en el fondo son asistencias técnicas, no respetan tus sellos, es como ...hacer esto, acuérdense que tienen que hacer esto y no tienen esto. Es como siempre de arriba hacia abajo. No es la lógica de acompañar los procesos." (Establecimiento Subvencionado Religioso, Santiago)

La única instancia de contacto que fue mencionada por los entrevistados refiere a una consulta realizada a través del portal web de la entidad, la cual no tuvo carácter de obligatoria, por lo que no hubo adherencia a la instancia por parte de los entrevistados.

"M3: es que llega un link como de consultas públicas, pero en realidad el que puede y quiere, lo hace.

Entrevistadora 2: ¿y la consulta la realiza, está a cargo del ministerio?

M3: claro, pero libre.

Entrevistadora 2: y les llega a los establecimientos por medio de su dirección y ahí va la concurrencia...

H1: correo institucional que llega siempre.

M3: no es por oficio, ni por decreto, ni por nada, por un correo que te manda que te invitan a participar a una consulta pública que deben contestar en línea ciertas preguntas.

Entrevistadora 2: ¿y alguno de ustedes ha hecho esa consulta?

Todos: no.

H1: no hay tiempo, ese es el punto. A qué hora." (Subvencionado Religioso, Santiago)

Otro hallazgo que requiere preocupación por parte de MINEDUC responde a la percepción que tiene el segmento de establecimientos subvencionados en cuanto se perciben como de segunda categoría respecto a los colegios de administración municipal, donde se sienten acompañados en menor medida, pero fiscalizados de la misma manera. Además, resaltaron que tienen problemas debido a que no les llegan recursos pedagógicos para el aula.

Finalmente, más allá de la dependencia administrativa y/o la orientación religiosa, se observa un sentimiento de saturación de requerimientos a los colegios en diversas temáticas mandatadas desde el Ministerio, entre las que se encuentra la educación sexual. Si bien los entrevistados reconocen que estos mandatos obedecen a contingencias que MINEDUC debe enfrentar, se menciona que la entidad no se ha hecho cargo de los temas entregando orientaciones, recursos y/o las capacitaciones que requieren los establecimientos educacionales a su cargo. Esto se suma al sentimiento de tener que hacerse responsables de estas temáticas incluso, sin la capacitación necesaria.

"Nos envía temas y leyes. Y nosotros estamos terminando uno y empezamos con otra. Entonces es algo como nunca acabar y tampoco nos informamos bien, no informamos los temas como corresponden. Entonces siempre dejamos uno de lado, abarcamos otro y los niños se van confundiendo. Entonces yo creo que el ministerio de educación debería ordenar y ordenar desde el principio." (Establecimiento Subvencionado, Antofagasta)

3. TRABAJO EN RED: COORDINACIÓN ENTRE EL SECTOR SALUD, EDUCACIÓN Y OTROS ACTORES RELEVANTES

Siguiendo los objetivos establecidos para percepción ciudadana se indagó en la acción coordinada del sector salud con los establecimientos educacionales.

3.1 Trabajo con sector salud

Si bien se observa un trabajo coordinado entre los Centros de Atención de Salud Familiar (CESFAM) y los establecimientos educacionales de manera bastante extendida, se destacaron algunas problemáticas asociadas. No obstante lo anterior, los colegios que sí tuvieron experiencias en trabajo colaborativo con estas unidades de salud, por lo general calificaron la experiencia de manera positiva, especialmente porque se ha trabajado en dos niveles: Por un lado, se han realizado talleres y controles directamente con los niños, niñas y adolescentes, y por otro, se han realizado capacitaciones a los docentes en temas de salud sexual y reproductiva.

Un elemento negativo que se resaltó durante las entrevistas refiere a la saturación del sistema de atención primario de salud, lo que ralentiza y entorpece las coordinaciones necesarias para llevar a cabo los talleres y/o capacitaciones que requieren los establecimientos educacionales.

Finalmente, emergió un tema relevante el cual fue especificado solamente en los grupos focales realizados en la ciudad de Antofagasta. Este guarda relación con situaciones que imposibilitan el acceso a prestaciones de salud a algunos estudiantes de establecimientos principalmente subvencionados, debido a que se encuentran inscritos en el sistema privado de salud, pero no utilizan las prestaciones de ese sistema por diversos motivos. Debido a esta situación, se ven imposibilitados de acceder a las prestaciones de salud del sector público a través de los CESFAM, no pudiendo ser derivados por los establecimientos en caso de requerir atención médica.

3.2 Trabajo en red con otros actores

Además de los trabajos colaborativos establecidos entre el sector salud a través de los CESFAM y los establecimientos educacionales, fue posible identificar diversas buenas prácticas consistentes en la generación de redes por parte de los establecimientos educacionales con la finalidad de conseguir y movilizar recursos pedagógicos. De esta manera, se dio cuenta específicamente en los grupos focales llevados a cabo en la ciudad de Antofagasta, que existen alianzas entre los establecimientos educacionales y la Universidad de Antofagasta, donde se realizaron distintos talleres y capacitaciones a estudiantes y docentes.

"Durante todo el primer semestre hicimos un tema de sexualidad con la Universidad de Antofagasta, con las matronas de la Universidad de Antofagasta. Nosotros tomamos un ramo, tomamos religión para pasar sexualidad y en sí la cobertura. Entonces pasaron sexualidad de lleno con los niños." (Establecimiento Municipal, Antofagasta)

Por otra parte, se destacó la necesidad de contar con instancias de trabajo colaborativo entre establecimientos educacionales con la finalidad de compartir buenas prácticas asociadas a problemáticas que se repiten entre los distintos colegios.

"Yo creo que la intersectorialidad es importante, es el traspaso de información entre los colegios y las distintas experiencias que se hacen como espacio de reflexión que te permitan ir sacando ideas que uno pueda aplicar a su realidad." (Establecimiento Subvencionado Laico, Santiago)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



En Chile ha predominado un enfoque sanitario de riesgo en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, que se refleja tanto en las prestaciones de salud como en el sistema escolar. En este sentido, diversos especialistas entrevistados para el estudio señalaron que esta perspectiva limita la toma de decisiones por parte de las personas.

Si bien el debate público ha estado centrado en el aumento de los casos de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual como la Gonorrea, persiste la inquietud de abordar la prevención de estas a partir de una mirada integral que involucre el autocuidado y el respeto por el otro, que debe trabajarse desde la afectividad en las primeras etapas de formación.

La Ley N°20.418, estableció un marco para reconocer legalmente los derechos de las personas a acceder a información, orientación y prestaciones sobre regulación de la fertilidad. No obstante, se ha criticado tanto la ausencia de abordaje de la fertilidad en el texto legal como la falta de asignación de atribuciones a ciertas instituciones para garantizar los derechos perseguidos.

A continuación, se exponen las principales conclusiones y recomendaciones obtenidas de la Evaluación de la Ley N°20.418:

NORMA EXCLUYE EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS PRIMERAS ETAPAS FORMATIVAS

El artículo 1º inciso 4º de la Ley mandata la realización de un programa de educación sexual solo en el ciclo de enseñanza media, enfocándose en estudiantes desde los 14 años en adelante. Esta disposición excluye del público objeto de la norma a niños y pre – adolescentes, cuyas matrículas alcanzan el 72,2% del total de estudiantes inscritos en el sistema escolar.

Desde los organismos internacionales y expertos destacan la primera infancia como el punto de partida para incentivar y desarrollar las competencias de niñas, niños y adolescentes en torno a una sexualidad segura, mediante el acceso a información y formación en valores positivos que le permitan responsabilizarse de su salud sexual y bienestar y el de otras personas.

Esto se hace relevante principalmente si se considera que este grupo etario es sujeto de derechos y que como tal cuentan con una autonomía progresiva en el ejercicio de los mismos, la que hace necesario que accedan a información en esta materia durante todo el ciclo vital.

Se recomienda:

 Ampliar el público destinatario de los programas de educación sexual, incorporando en la norma la educación primaria.

PUGNA DE DERECHOS ENTRE LA LIBERTAD DE ENSEÑANZA Y EL ACCESO A INFORMACIÓN

La Ley N°20.418 contempla el acceso a información en materia de regulación de la fertilidad, sin embargo, limita su abordaje a los principios y valores de cada establecimiento, relevando el proyecto educativo por sobre la entrega de educación en sexualidad.

Lo anterior, fue cuestionado por los entrevistados por cuanto se señaló que este mandato establece tanto el derecho a obtener información, como asegurar su provisión por parte del Estado. Desde esta perspectiva, la norma limita el ejercicio del derecho a educación sexual al permitir que los sostenedores o la comunidad educativa determine los contenidos y enfoques que se impartirán en dicho establecimiento.

Así, se estaría impidiendo educar en función de conocimientos basados en evidencia empírica, sobre un proceso que es considerado inherente al ser humano, que implica formar desde una perspectiva neutral y objetiva, relegando a un segundo plano el enfoque valórico que se le otorgue a dicha información.

AUSENCIA DE REGLAMENTO DE EDUCACIÓN SEXUAL LIMITA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

La Ley N° 20.418, en el artículo 1° inciso 3°, ordena al Ministerio de Salud a dictar un reglamento que disponga el modo en que se hará efectivo el ejercicio de los derechos que salvaguarda la ley. Sin embargo, este mandato posiciona el tema como un problema de salud pública centrándolo en la regulación de la fertilidad, en el que predomina el enfoque biológico por sobre el formativo.

Así, la norma no incluye al Ministerio de Educación como organismo responsable de regular y asegurar la calidad y equidad en el acceso a educación sexual. Tampoco le otorga atribuciones legales o administrativas a esta cartera ministerial para regular que los establecimientos implementen de forma efectiva los programas de educación sexual.

Esto ha generado que el Ministerio solo aporte orientaciones para la elaboración de estos programas por parte de los establecimientos, dejando al arbitrio del sostenedor la determinación de los enfoques y contenidos que ellos integran y la ejecución de los mismos.

Se recomienda:

 Dictar un Reglamento o especificar en la norma la atribución de funciones del Ministerio de Educación para la implementación del programa de educación sexual, considerando entre ellas la entrega de contenidos mínimos y fiscalización de los mismos.

CUESTIONAMIENTO AL ACTUAL ROL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

El rol del Ministerio de Educación en la aplicación de una política pública en materia de educación sexual ha sido ampliamente cuestionado. Si bien, desde la cartera destacan la relevancia de desarrollar un aporte objetivo en cuanto a la provisión de materiales que presenten un enfoque transversal no ideologizado, hay quienes plantean que esta posición no ha permitido avanzar de forma concreta en su abordaje al interior del aula.

Se destaca además que el actual Plan de Educación Sexual y Afectividad, data del año 2005, sin contar con nuevas actualizaciones al respecto, salvo con la elaboración de una estrategia, la cual según en entrevista con esta cartera, indicaron que no se encuentra vigente, a pesar de estar publicada en el sitio web oficial, por lo tanto sus funciones solo se han restringido a la mera orientación en contenidos sobre educación sexual, sin un mayor involucramiento.

Lo anterior se ejemplifica con la política del Portafolio, material didáctico calificado por la ciudadanía, como engorroso y poco cercano a la realidad que se vive al interior del aula, puesto que no posibilita el trabajo lúdico con los estudiantes, ni su implementación por falta de espacios destinados a ello.

EDUCACIÓN SEXUAL DÉBIL Y POCO ABORDADA EN LOS ESTABLECIMIENTOS

Existe la percepción entre los profesionales que trabajan en entornos educativos y de salud, que la educación en los colegios es débil, tardía e incluso, muchos se atreven a señalarla como inexistente. Su inclusión en el currículum nacional, en ocasiones, pasa desapercibida, reflejándose como una materia relevante que no logra ser priorizada frente a las exigencias que el currículum nacional obligatorio establece y las pruebas de medición estandarizada exigen.

Los docentes carecen de capacitación y espacios durante la jornada escolar para abordar la educación sexual, quedando restringido a las horas de orientación o en las asignaturas de biología, ciencias naturales e historia y geografía.

Lo anterior se dificulta si se considera que las escasas capacitaciones suelen ser tomadas por los encargados de convivencia escolar u orientadores, quienes deben hacerse cargo de problemáticas como la violencia al interior del aula y otras situaciones de riesgo que se aleja del enfoque de educación sexual. Otros profesionales que abordan la materia son los profesores jefes o encargados de las asignaturas antes señaladas quienes no acceden habitualmente a capacitaciones.

Se recomienda:

- Asignar espacios y horas de trabajo para que los profesionales de la educación puedan abordar contenidos de educación sexual en los distintos niveles de enseñanza.
- Potenciar en el currículum nacional el enfoque de sexualidad y afectividad para su abordaje integral
- Extender y facilitar las capacitaciones a nivel nacional sobre educación sexual para los docentes.

POSITIVA EVALUACIÓN DE LAS PRESTACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTVA

Durante el Estudio fue posible constatar una positiva evaluación por parte de los profesionales de la salud del acceso y procedimiento para la obtención de métodos anticonceptivos y la realización de exámenes y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, se destacó la falta de conocimiento por parte de la población de este tipo de prestaciones que incidiría en el aumento de las conductas de riesgo por parte de la población adolescente y joven.

Entre los desafíos que el sector salud plantea se encuentra el mejorar la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual. Chile se encuentra bajo el promedio latinoamericano en el porcentaje de cumplimiento de la Estrategia 90-90-90 en relación a mejorar el conocimiento y diagnóstico de la población que vive con VIH.

Cabe destacar que durante el mes de noviembre se inició la implementación progresiva a nivel nacional de la aplicación del test rápido para la detección del VIH. En caso de que se detecten muestras reactivas estas serán confirmadas por el Instituto de Salud Pública, único organismo encargado de dicha tarea, lo que podría suponer la necesidad de contar con mayores recursos para reforzar sus funciones.

ACCESO LIMITADO DE ADOLESCENTES A LA ATENCIÓN DE SALUD

Por las características propias de la etapa de desarrollo que vive esta población, su adherencia al sistema de salud es compleja, por cuanto dejan de asistir en la medida que crecen. Esta situación se agudiza cuando requieren hacer uso de prestaciones en salud sexual y reproductiva, entre otros motivos, por el temor de verse expuestos al reconocimiento de vecinos y familiares, lo que limita su interacción con el sistema a la atención del embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual o depresión e intento de suicidio.

Dado la anterior se han generado diversas iniciativas para la atención especializada de los adolescentes y jóvenes, como son los espacios amigables, los cuales fueron valorados positivamente por los profesionales de la salud, aun cuando requieren de un mayor reforzamiento en términos de recursos humanos y financieros.

Se recomienda:

- Aumentar la cobertura de Espacios Amigables en los Centros de Salud Familiar del país.
- Dotar de mayores recursos para la especialización médica y la atención oportuna de este grupo etario.
- Acercar la atención de salud de este grupo etario en espacios que estos frecuentan.

115

FSCASA COORDINACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES

Se han desarrollado diversos modelos de trabajo intersectorial para coordinar tanto los lineamientos a seguir en educación y salud sexual, como la asignación de recursos para su abordaje. Sin embargo, no se ha logrado una implementación efectiva de un trabajo integrado entre los distintos niveles que componen la red de salud o educación, lo que se refleja por ejemplo, en la falta de continuidad en el tiempo de mesas de trabajo regionales o comunales convocadas.

A pesar del diseño de estas estrategias, se registró escasa comunicación entre el Ministerio de salud, de educación, y el de la mujer y equidad de género, aun cuando los programas destinados a estos fines declaran en sus objetivos la interacción entre ellos para la atención integral de la población.

Se recomienda:

- Implementar y aplicar estrategias para el trabajo conjunto de las instituciones involucradas en educación y salud sexual
- Establecer metas a largo plazo para la ejecución de estos programas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Ache, P. (2008). "Los derechos sexuales desde una perspectiva jurídica", Editorial el Colegio de México, México.

Arenas, Leonardo. (2016). "Aportes para una Historia de la Educación sexual en Chile (1990-2016)", Chile.

Asociación Chilena de Protección de la Familia (28 de diciembre de 2016). Recuperado de https://www.aprofa.cl/2016/12/28/barreras-en-el-acceso-a-metodos-anticonceptivos-en-chile/

Castañeda M, Patricia, & Salamé C, Ana María. (2015). 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015: Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(3), 208-214.

Decreto con Fuerza de Ley Nº725, Código Sanitario.

Dides, C., Benavente, M., Sáez, I. & Nicholls, L. (2011), "Educación Sexual en Chile. Implementación de la Ley 20.418", Universidad Central de Chile, Chile.

Figueroa, E. (2012) "Política Pública de Educación Sexual en Chile: Actores y Tensión entre el Derecho a la Información vs. La libertad de Elección, Universidad de Concepción, Chile.

Gauché, X. (2011) Sexualidad Diversa y Discriminación: Una mirada desde el Derecho Humano Internacional. Berlín, Alemania. Editorial Académica Española.

Historia de la Ley N°20.418. Recuperado de https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/4799/%7D

International Planned Parenthood Federation (2016). Barómetro latinoamericano sobre el acceso de las mujeres a los anticonceptivos modernos, IPPF/RHO.

Ley N°19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Juventud. (2015). Octava Encuesta Nacional de Juventud.

Ministerio de Educación. (1993). Política de Educación en Sexualidad para el Mejoramiento de la Educación de Calidad. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación. (2004). Plan de Educación Sexual y Afectividad. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación. (2005). Informe final comisión de evaluación y recomendaciones sobre educación sexual. Santiago Chile.

Ministerio de Educación. División de Educación General, Unidad de Transversalidad Educativa. (2017). Educación en Sexualidad, Afectividad y Género. Orientaciones para el Diseño e Implementación de un programa en sexualidad, afectividad y género. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación. (2018). Oportunidades Curriculares para la Educación en Sexualidad, Afectividad y Género. Unidad de Inclusión y participación Ciudadana, Unidad de Currículum y Evaluación y Unidad de Transversalidad educativa de la División de Educación General. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación. (2017). Política Nacional de Convivencia Escolar 2015/2018. División de Educación General,

Área Inclusión, Convivencia e Interculturalidad y Unidad Transversalidad Educativa. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación. (2018). Estrategia Nacional Intersectorial en Sexualidad, Afectividad y Género (ESAG). Santiago, Chile.

Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Situación actual del embarazo adolescente en Chile.

Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012 – 2020, nivel primario de atención.

Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales (2010). Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH.

Ministerio de Salud (2016). Instructivo para completar Historia Clínica del Adolescente CLAP/OMS/OPS. Versión modificada por Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Ministerio de Desarrollo Social (2018), Observatorio Social. Encuesta CASEN 2017, Salud, síntesis de resultados.

Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012 – 2020, nivel primario de atención.

Ministerio de Salud (2012). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones Administrativas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, "Control Joven Sano".

Molina, R. (2018), Documento Borrador "Educación Sexual en Chile, resumen conceptual actualizado al 26 de junio de 2018", Chile.

Muñoz, V., Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Educación. (2004-2010). "Educación Sexual, Derecho Humano, Informe Preliminar del Relator de las Naciones Unidas sobre el derecho humano a la educación sexual integral"

Naciones Unidas (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/CONF. 171/13/Rev.1, Nueva York, párrafo 7.2.

Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud & Organización alemana Centro Federal de Educación para la Salud (BZgA). (2010), "Estándares de Educación Sexual para Europa".

Olavarría, José (2005). La política de educación sexual del ministerio de educación de chile. Consideraciones para una evaluación. Seminario Internacional Equidad de Género en las Reformas Educativas de América Latina. 17 y 18 de mayo 2005.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2018). Documento de Trabajo, Unesco. Recomendaciones para una política actualizada de educación sexual en Chile. Santiago.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2017). Educación Integral en Sexualidad y Currículo en Latinoamérica y el Caribe. Revisión documental de la Educación Integral en Sexualidad

(EIS) en los programas educativos oficiales con miras al cumplimiento de los compromisos del Consenso de Montevideo. Documento de Trabajo para Discusión.

Palma, Irma; Reyes, Daniel y Moreno, Claudia. Educación Sexual en Chile: Pluralismo y libertad de elección que esconde una propuesta gubernamental conservadora. Revista Docencia N°49, mayo de 2013. Pp. 14-24.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). Desarrollo Humano en Chile. Género: Los desafíos de la igualdad. Santiago, Chile.

Reyes Pace, Daniel. (2016). La Gestión de la Educación sexual en el Marco de una Política desacoplada. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile. Santiago.

Shepard, B. (2009). La salud sexual y reproductiva: una carrera de obstáculos. Santiago de Chile: Catalonia.



www.evaluaciondelaley.cl / / Teléfono: (32) 2505424 / email: evaluaciondelaley@congreso.cl



Diseño y Publicaciones Cámara de Diputados de Chile