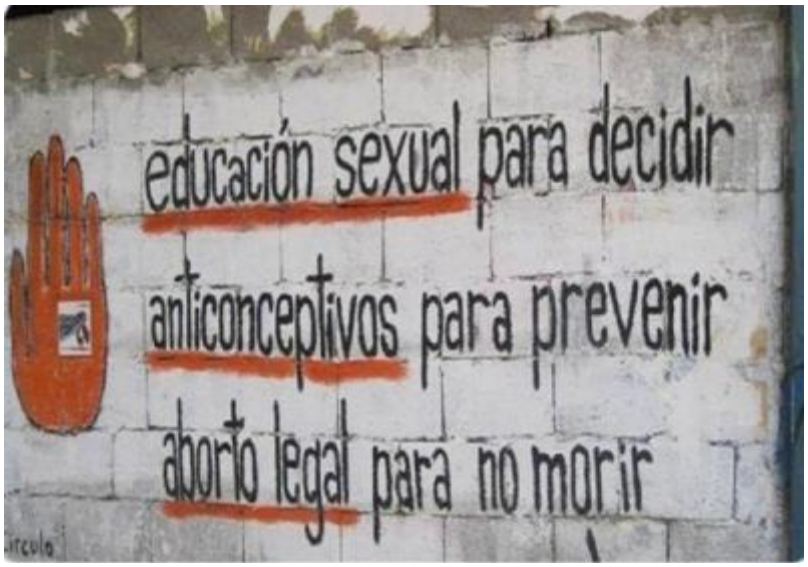


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES CHILENOS. UNA VISION ACTUAL.

Una visión resumida de las políticas sanitarias y educacionales y un análisis del comportamiento de nuestros adolescentes en materia de sexualidad.

Dra. Claudia Cristina Santiago Hernández.

MASTER DE ESTUDIOS PROPIOS EN ANTOCONCEPCION, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN IBEROAMERICA.UNIVERSIDAD DE ALCALA.

INTRODUCCION

Desde los inicios de la salud pública en Chile el Estado se ha preocupado de promover y favorecer el bienestar de las personas y la familia.

La oferta de un programa de regulación de la fertilidad ha sido uno de los pilares del desarrollo de la salud publica chilena desde la segunda mitad del siglo XX.

Algunos hitos históricos importantes a considerar:

1952 creación del Servicio Nacional de Salud (SNS). En esos años la mortalidad materna, en especial la mortalidad materna por aborto causaba el 40% de las muertes.

1962 creación de la Comisión Asesora de Política de Regulación de la Fertilidad que diseña estrategias para amortiguar la alta incidencia de abortos provocados y los costos económicos y en vidas humanas, así como las secuelas asociadas a esta llamada “epidemia”. La tasa de mortalidad materna era, en 1964, de 118 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos

1964 bajo el nombre de Política de Planificación Familiar se ponen en marcha actividades de planificación y regulación de la fertilidad, sus objetivos eran:

- Reducir la tasa de Mortalidad Materna relacionada con el aborto clandestino.
- Reducir la tasa de Mortalidad Infantil relacionada con el bajo nivel de vida en sectores de alta fecundidad.
- Promover el bienestar de la familia, favoreciendo una procreación responsable que permita, a través de la información adecuada, el ejercicio y el derecho a una paternidad consiente.

Cabe destacar que entre los años 1968 y 1995 el Estado de Chile recibía la donación de insumos anticonceptivos por parte de USAID (Agencia Internacional para el Desarrollo de US)

luego de esta fecha dicha agencia consideró a nuestro país como no prioritario para recibir esta ayuda dada su estabilidad política y económica junto con los satisfactorios índices de morbimortalidad materno infantil.

1976 se autoriza la prescripción de MAC a matronas, rol que hasta esa fecha era privativo de los médicos. En la actualidad esta función, junto con muchas otras labores preventivas son realizadas en un 90% por estas profesionales en consultorios de atención primaria. Lo que en un comienzo fue una función delegada hoy es una función propia de la matronería.

1991 el primer gobierno democrático posterior a la dictadura promueve el "Programa de Salud Materno Perinatal "que provisiona de atención médica a la mujer y su pareja entre 15 y 49 años que deseen regulación de su fecundidad.

Sin embargo, desde el punto de vista de la educación formal y el acceso a la información en materia de sexualidad la Ley Orgánica Constitucional de Educación Nº 18.962 de 1990 no consideraba dentro del ordenamiento jurídico chileno la educación sexual como una obligación explícita, quedando ésta a la discrecionalidad de los proveedores de educación tanto pública como privada.

Entre los años 1993 y 1994 el Estado intenta regular este vacío educacional y se compromete, a través de la firma de la Conferencia del Cairo a proteger, garantizar y promover el ejercicio de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes chilenos.

1996 se pone en marcha las JOCAS (Jornadas de Conversación de Afectividad y Sexualidad), instancia auto gestionada en que los diferentes centros educacionales, reuniendo a alumnos, apoderados y profesores, debaten y comparten experiencias, con el apoyo de especialistas, médicos, matronas, psicólogos, orientadores y profesores expertos en sexualidad.

Resistidas por la iglesia católica y los sectores más conservadores del país, la JOCAS se mantuvieron como la única alternativa real de educación sexual a nivel educacional hasta el año 2000.

1997 la salud sexual y reproductiva es considerada una de las 16 prioridades sanitarias del país y todas las acciones sanitarias se engloban en el “Programa de Salud de la Mujer” a cargo del MINSAL.

2001 a 2004 Programa de Sexualidad Responsable.

2006 a 2010 Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad.

2011 Portafolio de Programas de Educación Sexual.

2011 a 2020 Programa Nacional Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Todos estos programas han logrado visibilizar la problemática de la educación sexual en nuestro país, interesar a los jóvenes en la recepción de información y generar estrategias de trabajo para docentes, sin embargo, aún no se logra generar una política pública en materia de educación sexual con un mínimo de contenidos transversales y obligatorios que se apliquen en todos los establecimientos educacionales públicos y privados.

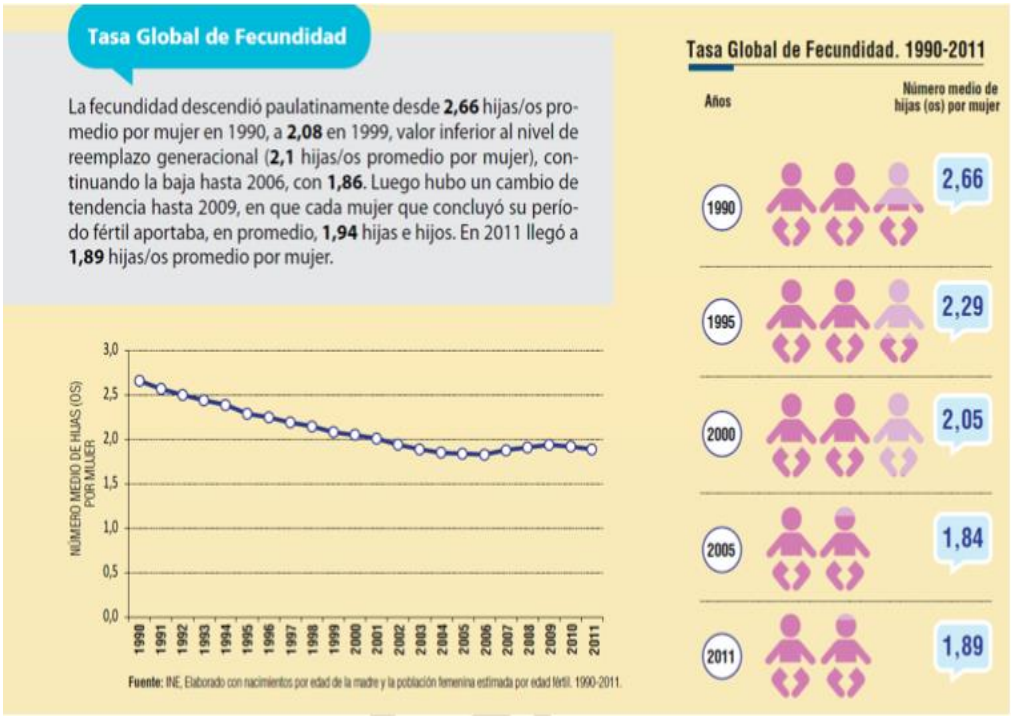
A pesar de los múltiples intentos por introducir en la malla curricular la educación sexual y afectiva entre los adolescentes, la Ley General de Educación del año 2009 (que derogó a la antigua LOCE) no estableció la obligatoriedad de un curriculum específico en materia de sexualidad dejando esta formación en manos de cada institución educacional y de su criterio sobre el tipo de formación a impartir.

Las políticas de salud pública desarrolladas en los últimos 50 años en materia de regulación de la fertilidad y la decisión de los gobiernos de turno de mantener la sustentabilidad de estos programas de salud asegurando el financiamiento a través de presupuesto fiscal, ha permitido que los indicadores de salud materno infantil de Chile se encuentren en el nivel actual.

La institucionalización de un sistema de salud con cobertura nacional y la excelencia técnica y profesional junto con el compromiso de los gestores de salud, en especial de las matronas y matrones de la atención primaria son otra de las fortalezas del sistema.

El impacto demográfico también ha sido notable y es así como la tasa global de fecundidad ha disminuido de 2,3 hijos por mujer en 1983 a 1,9 en el año 2003, con un descenso de un 24%. Sin embargo, esta tasa en mujeres menores de 19 años no ha tenido el descenso observado en los otros grupos etareos por su acceso restringido a servicios de planificación familiar y la mala educación sexual que estos grupos reciben.

Infografía nº1



Parece impensable, pero aun hoy en nuestro país la educación sexual de niños y adolescentes se ve obstruida por grupos conservadores que se oponen a una educación sexual franca y de cobertura nacional a través de programas educativos incorporados al curriculum formal de educación.

Es por eso que esta memoria intentará dar una visión objetiva de lo que es hoy la realidad en materia de sexualidad y afectividad de adolescentes y jóvenes chilenos y cual es hoy la política ministerial de anticoncepción específicamente en:

- El subgrupo de adolescentes menores de 15 años.
- El subgrupo de adolescentes entre 15 y 19 años.

- El impacto de las políticas públicas del MINSAL en materia de anticoncepción en la salud reproductiva de las adolescentes.
- Su fidelización con los métodos anticonceptivos y su seguimiento en el tiempo.
- Ejemplificar estas medidas sanitarias a través de la experiencia de un consultorio de atención primaria de la Región Metropolitana.

OBJETIVOS

Entregar una visión actual de la sexualidad y la afectividad de los adolescentes y jóvenes chilenos basado en los estudios disponibles actualmente realizados por el MINSAL, INJUV y otras ONG como MILES Chile.

Entregar una visión global del sub programa de Control de la Fecundidad inserto dentro del Programa de Salud de la Mujer del MUNSAL.

Poner énfasis en el uso de MAC en población adolescente, cobertura, tipos de MAC y el impacto en la salud reproductiva, tasas de fecundidad y embarazo adolescente.

I. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES CHILENOS.

Cuadro nº1 Población adolescente estimada por sexo según grupo de edad al año 2014 Chile.

Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
15 a 19 años	1.346.539	688.256	658.283
20 a 24 años	1.480.522	752.828	727.694

Fuente INE (instituto Nacional de Estadística) 2016

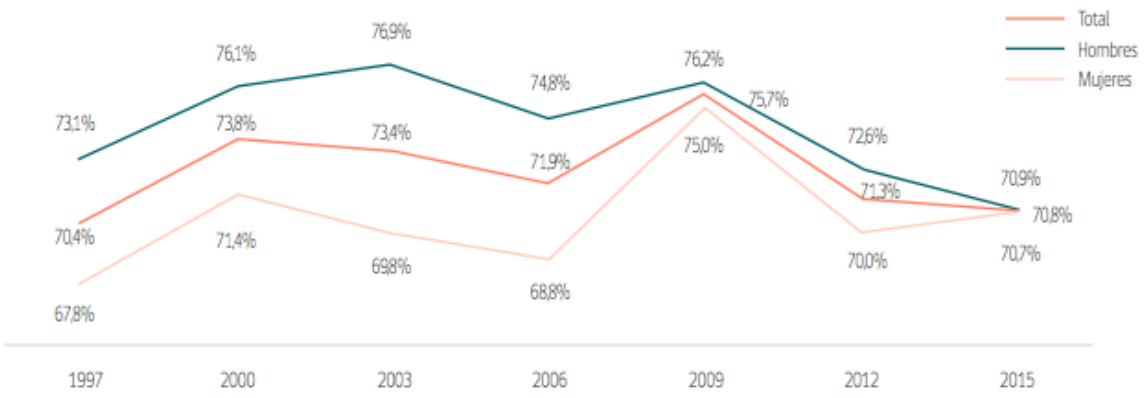
Según las proyecciones estimadas del INE, para el año 2020, se espera existan un total de 3.859.275 adolescentes y jóvenes.

El instituto Nacional de la Juventud (INJUV) realiza una encuesta cada tres años en este grupo poblacional de la cual se obtiene una visión clara de la realidad de los adolescentes y jóvenes chilenos.

La última encuesta del INJUV (Instituto Nacional de la Juventud) del año 2015 arroja que el 71% de los adolescentes chilenos reconoce haber iniciado su vida sexual activa (hecho que incluye la penetración), el 22 % reconoce no haberse iniciado sexualmente y un 7% no responde a la pregunta. Cabe destacar que este es un cuestionario auto aplicado que se diferencia de las anteriores encuestas del año 1997 a 2009 en que las preguntas las aplicaba un encuestador.

La brecha entre iniciación sexual de ambos sexos, por otra parte, decrece en los últimos años, siendo en la actualidad el porcentaje de iniciados sexualmente de aproximadamente un 70%, cifra que es similar entre hombres y mujeres.

Grafico nº1 Porcentaje de jóvenes iniciados sexualmente por sexo y edad. Total.

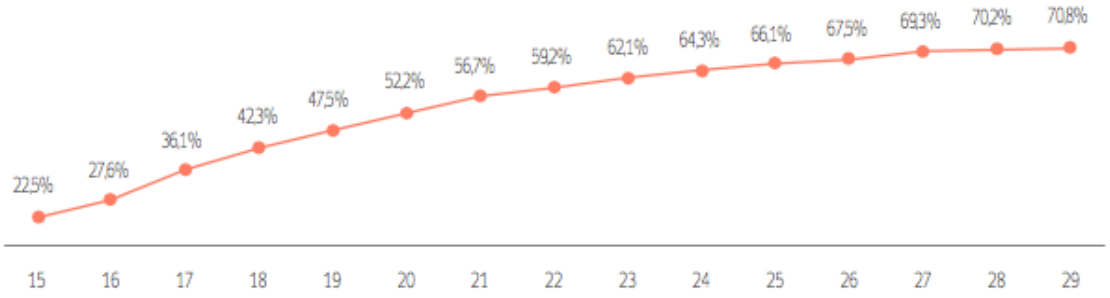


Fuente: INJUV encuesta 2015

Conforme avanza la edad, el porcentaje acumulado aumenta de manera progresiva así en el subgrupo menores de 20 años el total acumulado es de un 48%. Esta cifra es similar a la de la encuesta del año 2012 la cual alcanzo un valor de un 49%, sin embargo, en las encuestas del año 2003 y 2006 este subgrupo entre 15 y 20 años alcanzaba solo al 40% experimentando un alza de un 20% en 9 años.

Una cifra relevante es la que muestra que para el año 2015 casi 1 de cada 4 adolescentes chilenos había comenzado su vida sexual activa.

Grafico nº 2 Porcentaje acumulado de jóvenes sexualmente activos por edad.



Fuente INJUV 2015.

En los últimos 20 años se observa una disminución leve pero sostenida de la edad de iniciación sexual, es así como en la encuesta del año 2015 la edad de iniciación es de 16,6 años en promedio, hace 20 años esa edad era 17,05.

Esto queda más claro si se analiza por generaciones; el grupo de 15 a 19 años inician su vida sexual en promedio a los 15,47años, el grupo de 20 a 24 años a los 16,7 años y aquellos mayores de 24 años reconocen haberse iniciado en promedio a los 17,04 años.

El nivel socioeconómico y la condicionad de ruralidad también inciden en la edad de iniciación sexual según la siguiente tabla.

Cuadro nº2 Edad promedio de iniciación sexual según sexo, NSE, edad y zona.

	Total	Sexo		Edad			Nivel Socioeconómico			Zona	
		Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29	Alto	Medio	Bajo	Urbano	Rural
Media	16,60	16,36	16,84	15,47	16,74	17,04	17,11	16,73	16,38	16,55	16,95

Fuente INJUV 2015.

Finalmente, el porcentaje de jóvenes que reconoce haber tenido 1 pareja sexual en el último año es de un 64%, un 14% reconoce haber tenido dos parejas en el último año y un 11 % reconoce 3 o más parejas, cifra similar a las del año 2009 con valores de 66% ,12% y 10% respectivamente.

Cuadro nº3 Cantidad promedio de parejas sexuales en los últimos 12 meses.

	Total	Sexo		Edad			Nivel Socioeconómico			Zona	
		Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29	Alto	Medio	Bajo	Urbano	Rural
Media	1,79	2,06	1,52	1,95	1,81	1,68	2,05	1,78	1,77	1,79	1,74

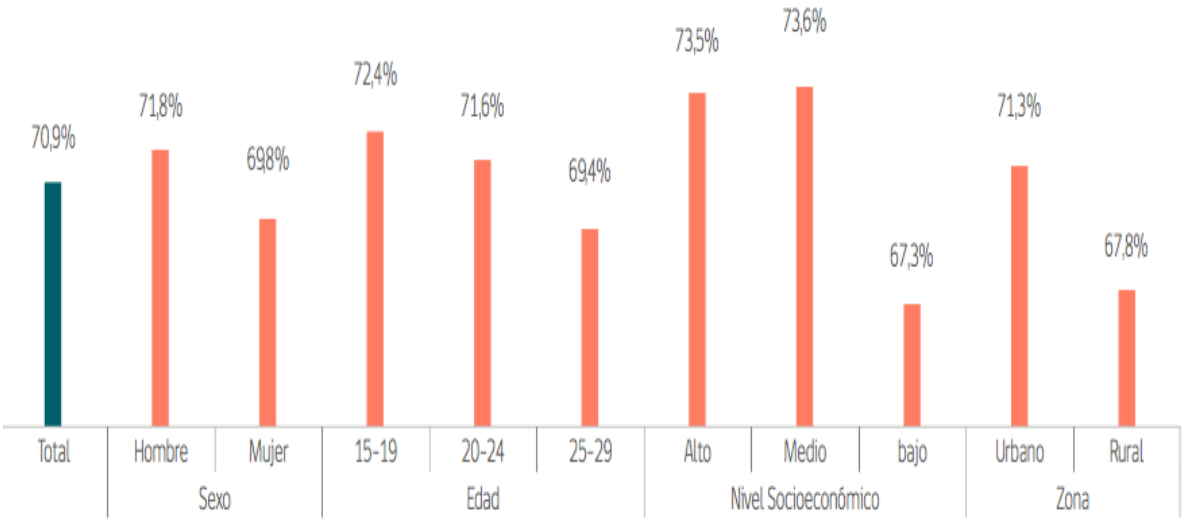
Fuente INJUV 2015.

Es por todos conocido el hecho de que los adolescentes y jóvenes tiene conductas de riesgo en materia de sexualidad, es una etapa de la vida donde se tiene mayor actividad sexual, se cambia de pareja, se experimenta y se es además tremendamente fértil.

La encuesta INJUV del año 2015 reporta que del total de adolescentes encuestados el 71% reconoció haber usado algún método preventivo en su primera relación sexual mientras que el 27% indico no haber usado nada, con un 2% residual que no quiso contestar la pregunta.

Si estos datos se comparan con los años anteriores hay una clara disminución en el número de individuos que reconoce no usar ningún método de protección en su primera relación sexual, la cifra era de un 53% en el año 2006 y de un 47% en el año 2009, sin embargo, no deja de ser relevante que al año 2015 uno de cuatro jóvenes no haya tomado precauciones para evitar el embarazo y las ETS en su primera relación sexual.

Grafico nº 3 Porcentaje de jóvenes que declaran haber usado algún MAC en su primera relación sexual

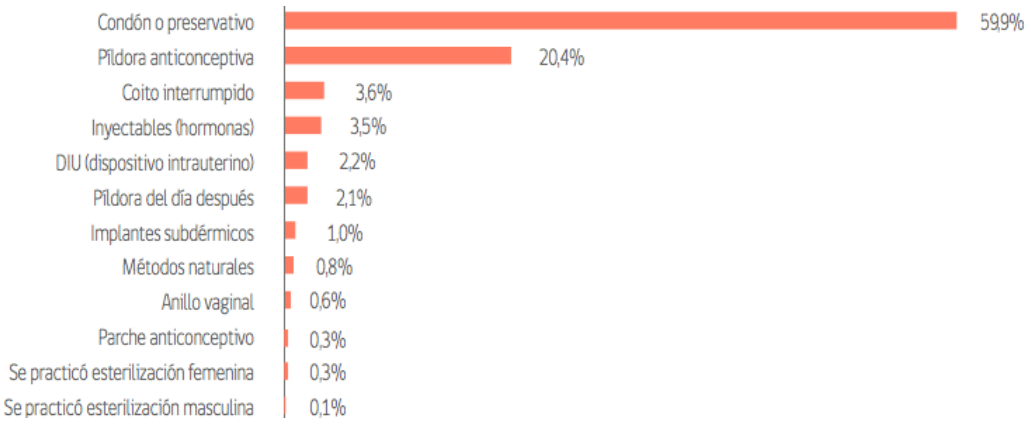


Fuente INJUV 2015

En relación al tipo de MAC el 60% declara haber usado condón en su primera relación sexual seguido de un 20 % que uso píldora anticonceptiva, es llamativo el hecho que el tercer método utilizado sea el coito interrumpido, uno de los métodos menos efectivos en prevención del embarazo y con nulo impacto en la prevención de ETS.

Más preocupante resulta saber que el 56% de aquellos que iniciaron su vida sexual con un recién conocido reportan no haber usado ningún MAC.

Grafico nº4 Tipo de MAC usado por jóvenes en su primera relación sexual



Fuente INJUV 2015

Es relevante también el hecho de que cuando se pregunta por uso de algún MAC en la última relación sexual un 85,1% de los que la usaron la primera vez mantienen la conducta y un 61% de los que usaron el MAC la primera vez lo han incorporado a su hábito actual.

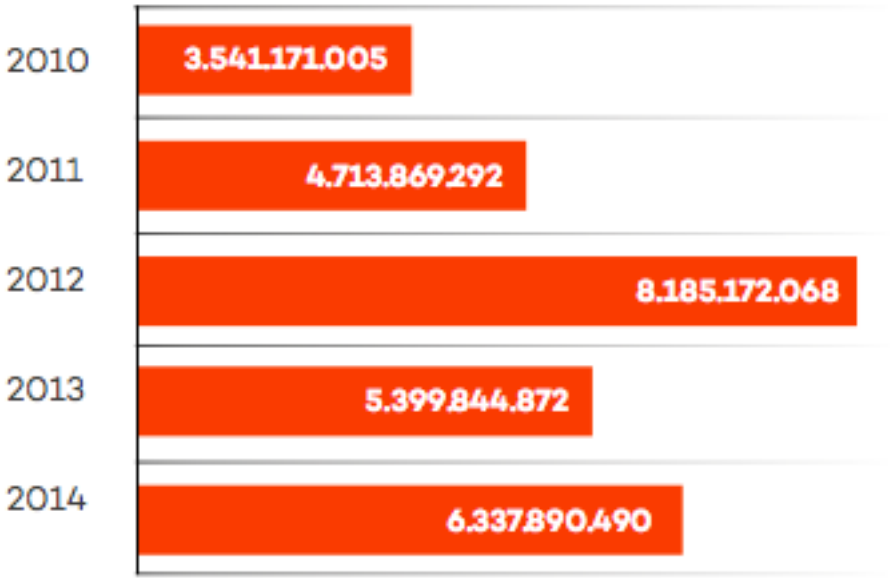
Cuadro nº 4 Uso de método preventivo en primera y última relación sexual

	Uso de método preventivo en primera relación sexual	No uso de método preventivo en primera relación sexual
Uso de método preventivo en última relación sexual	85,1%	60,9%
No uso de método preventivo en última relación sexual	14,7%	39,0%

Fuente INJUV 2015

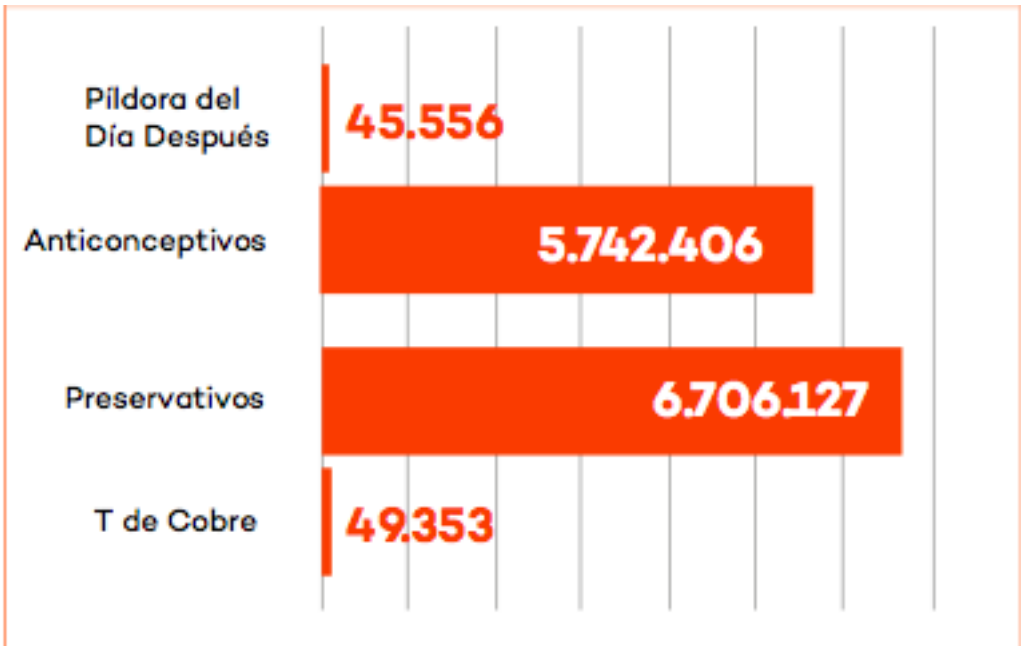
En Chile el gasto público en salud representa el 4,7% del PIB, en los indicadores de salud de la OECD Chile aparece con un gasto per cápita de US$ 1750 siendo el promedio OECD de US 3470.

Gráfico nº 5 Gastos en $ para métodos de regulación de la fertilidad.



Fuente: Instituto de Políticas Publicas Universidad San Sebastián Central Nacional de Abastecimiento CENABAST. MILES Chile.

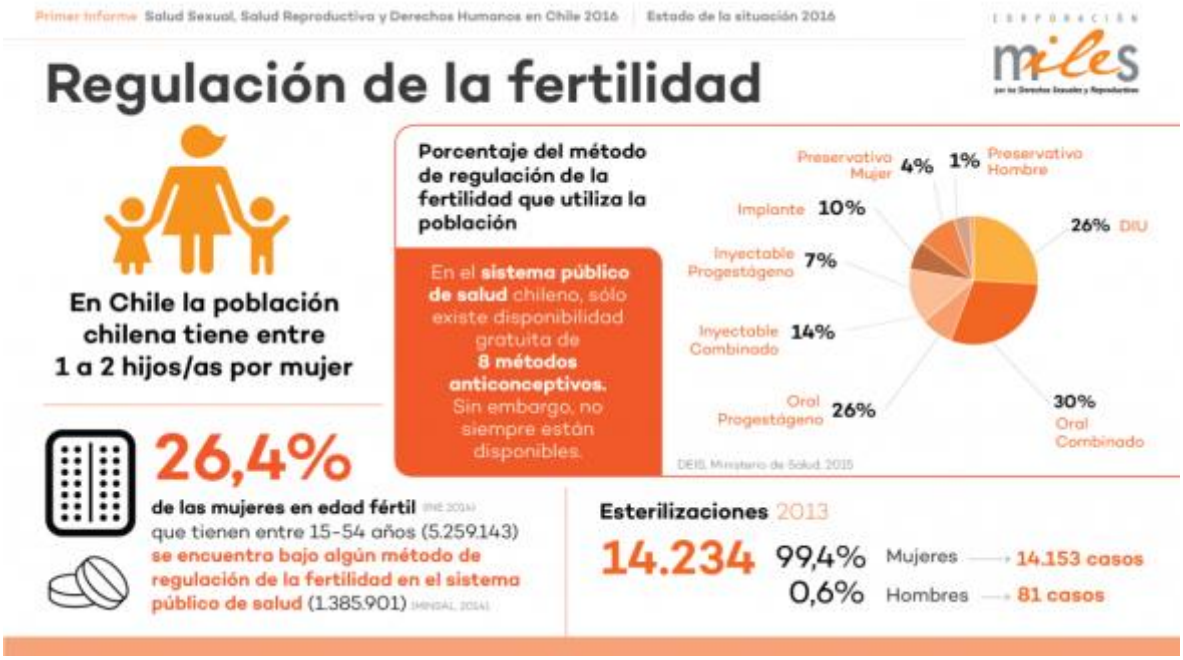
Gráfico nº 6 Total de métodos de regulación de la fertilidad comprados por CENABAST año 2014



Fuente: Instituto de Políticas Publicas Universidad San Sebastián CENABAST. MILES. Chile.

A pesar de que la anticoncepción es clave para separar la sexualidad de la reproducción siguen existiendo barreras en el acceso de los adolescentes a los métodos de control de la fertilidad, ya sea por motivos geográficos, por disponibilidad de horas profesionales en los centros de salud, por el elevado costo de los MAC cuando se desea comprarlos en el comercio local o por actitudes voluntariosas de los administradores de salud a nivel de atención primaria. Así, cuando estos gobiernos locales, que tienen a su cargo la administración de salud a nivel de consultorios, pertenecen o representan a grupos políticos conservadores se niegan a proveer anti concepción de emergencia a jóvenes y adolescentes.

Infografía nº 2



Fuente MILES Chile 2016

En otro aspecto de la sexualidad la idea de tener hijos es un evento que se ha ido postergando cada vez más y por otro lado la población entre 15 y 29 años retrasa la independencia de sus padres y permanece viviendo con su familia de origen hasta una edad relativamente alta. Hoy en día es posible separar el ejercicio sexual de la procreación con técnicas anticonceptivas eficientes, sin embargo, la falta de conocimientos o el conocimiento deficiente en materia anticonceptiva, el temor a efectos secundarios, las posturas religiosas y morales de grupos conservadores y las dificultades para conseguir un método anticonceptivo permiten que el embarazo no planificado siga ocurriendo.

La principal consecuencia del embarazo no deseado es el aborto inducido y en países como el nuestro dónde el aborto es ilegal en todas sus formas, la práctica de éste de manera clandestina y por personal no entrenado provoca anualmente la muerte de mujeres jóvenes de manera innecesaria. Aun hoy se discute en el Congreso Nacional la despenalización del aborto en tres causales (riesgo de vida materna, violación y

malformación incompatible con la vida) proceso que ha tomado años de debate con avances mínimos.

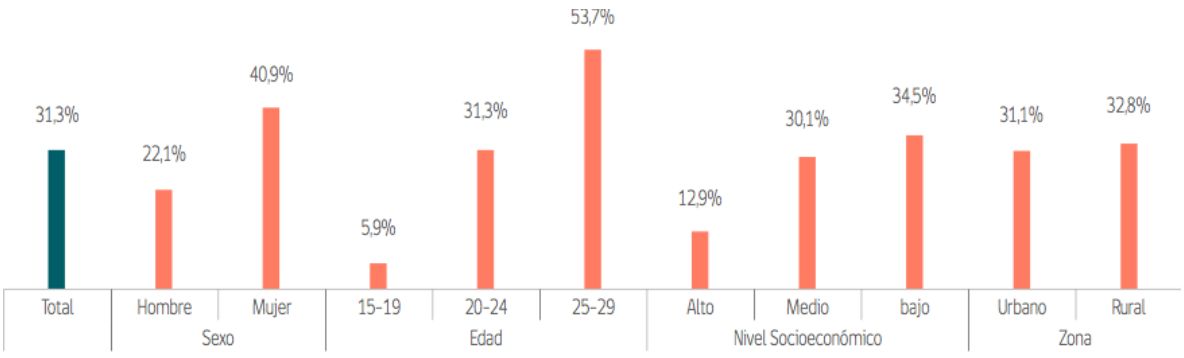
Otro consecuencia relacionada con la sexualidad de la población joven es el embarazo adolescente el cual ,sea planificado o no , genera repercusiones no solo sanitarias , elevando la morbimortalidad materno neonatal, sino que genera deserción escolar y educación precaria que dificulta la inserción en el mundo laboral , los adolescentes pasan a engrosar las filas de los subempleados con mayor dificultad para progresar y perpetuando la dependencia de la familia de origen , agregando un nuevo integrante a la familia.

“En América Latina el 50% de las madres que registraban baja escolaridad tuvieron su primer hijo/a antes de los 20años.” UNFPA (2014).

Implica también una gran desigualdad de género ya que el cuidado del RN se le adjudica principalmente a la mujer.

En el año 2015, según la encuesta INJUV, el 31% de los jóvenes encuestados declaraban tener al menos un hijo, cifra que no es diferente a la de las encuestas del año 2009 y 2012, en el sub grupo 15 a 19 años el porcentaje es de un 6% concentrándose estos porcentajes en los niveles socioeconómicos medio y bajo.

Grafico nº 7 Porcentajes de jóvenes que son padre o madre según sexo, edad, nivel socioeconómico y zona.



Fuente INJUV 2015.

Como se mencionó en la introducción, el MINSAL da cuenta de una caída de la tasa de fecundidad determinada por múltiples cambios socioeconómicos, culturales, de género y tecnológicos, sin embargo, esta disminución no era una realidad en el grupo etario menor de 19 años, en este grupo la tasa de fecundidad se había mantenido estable en los últimos 10 años.

Sin embargo, en el año 2015 se observa un descenso significativo principalmente en el grupo de 15 a 19 años hecho que se repite en el año 2016 produciéndose una baja de un 18% en relación al año 2015, la cifra del año 2016 corresponde a un total de 22 349 embarazos.

Si bien es cierto esta disminución en la tasa de embarazo adolescente tendría directa relación con el uso de la “píldora del día después” y con la decisión de proveer a adolescentes de métodos anticonceptivos tipo LARCS a partir del año 2010, Chile está muy lejos de tener una política pública en materia de sexualidad transversal, responsable e integrada a los ambientes escolares de manera global.

Por otra parte, resulta preocupante que en el grupo de menores de 15 años la tasa de embarazo haya aumentado en vez de disminuir, estas cifras se encuentran directamente relacionado al flagelo del abuso de menores.

Se hace urgente entonces, por el bien de estas menores y de la sociedad toda, avanzar en la despenalización del aborto en la causal de violación.

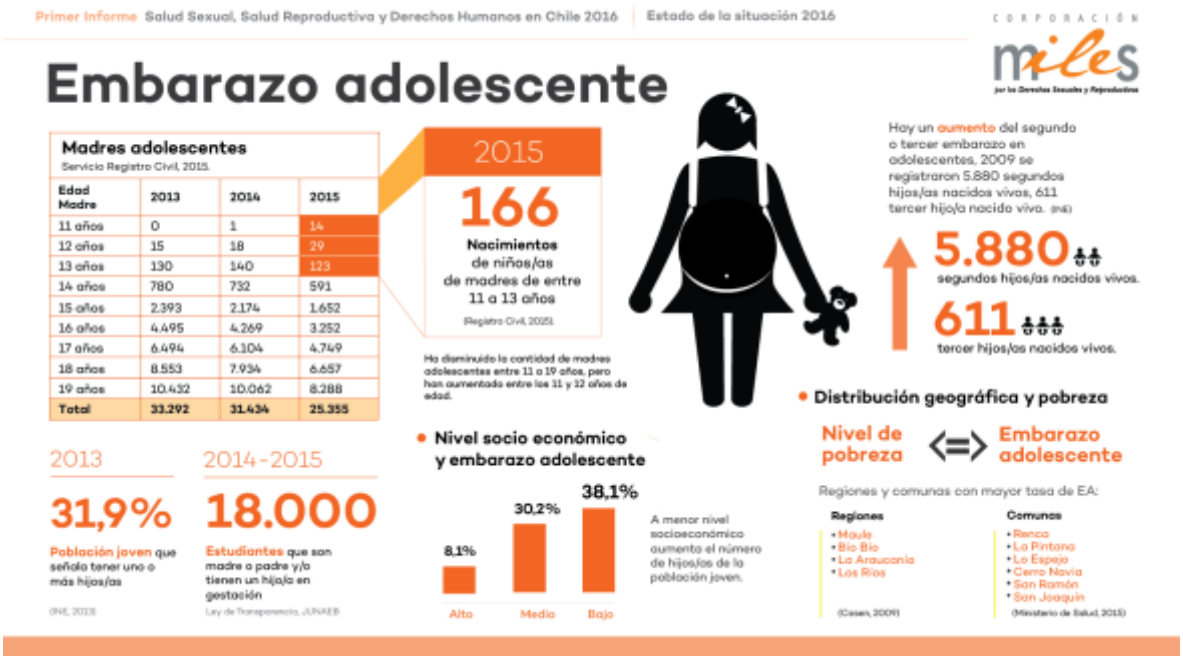
Cuadro nº 5 Madres adolescentes. Servicio de Registro Civil 2015

Edad Madre	2013	2014	Nov-2015
11 años	0	1	14
12 años	15	18	29
13 años	130	140	123
14 años	780	732	591
15 años	2.393	2.174	1.652
16 años	4.495	4.269	3.252
17 años	6.494	6.104	4.749
18 años	8.553	7.934	6.657
19 años	10.432	10.062	8.288
Total	**33.292**	**31.434**	**25.355**

Fuente MILES Chile. 2016

La siguiente infografía muestra los datos consolidados de los embarazos adolescentes en Chile. la disminución en el grupo de 15 a 19 años, el dramático aumento en menores de 11y 12 años, la concentración en segmentos sociales con menor nivel educacional, menos condiciones socioeconómicas y por ende menos información y acceso a los métodos de prevención (MINSAL 2015)

Infografía nº 3



Fuente MILES Chile 2016

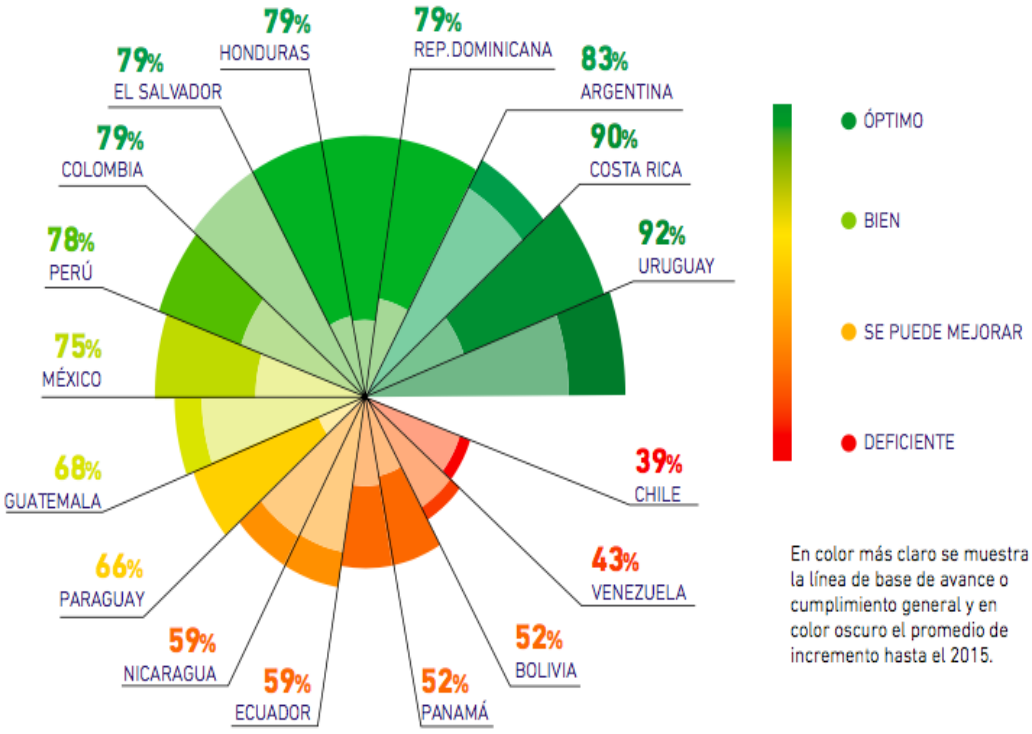
El Estado de Chile ha firmado muchísimos acuerdos internacionales relacionados con embarazo adolescente, ha dictado leyes normas y orientaciones técnicas, así como también ha implementado políticas públicas sobre este tema, sin embargo, la carencia de una ley nacional específica sobre educación sexual no permite avanzar más rápido en materia de prevención.

Un ejemplo práctico de esta realidad se plasma en el hecho que, en el año 2008, en el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre Sida en Ciudad de México el gobierno de Chile representado por el MINSAL y MINEDUC firmaron la declaración “Prevenir con Educación” compromiso que asumía la prevención como eje fundamental para responder de manera efectiva a la epidemia de HIV y SIDA.

Las metas acordadas para cumplir con el compromiso adquirido son extensas de mencionar, pero el cuadro que resume el porcentaje de cumplimiento de los distintos países

de América Latina demuestra que ha 7 años de la firma nuestro país se ubica en el último lugar.

Gráfico nº 8 Avance comparativo de América Latina en la implementación de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación (2008 2015)



Fuente MILES Chile IPPF 2015

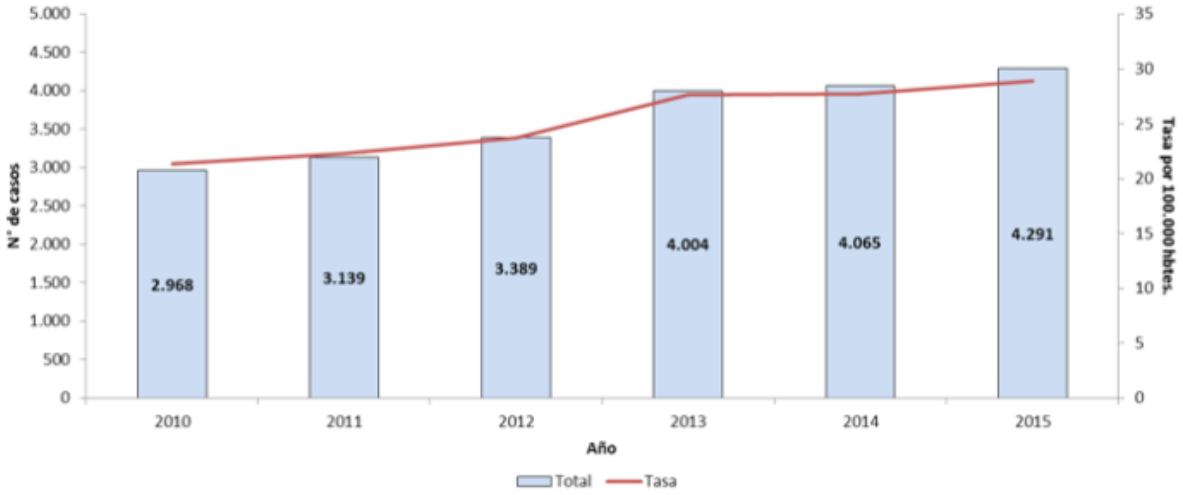
Es así como los casos de HIV positivos aumentaron en un 45 % entre los años 2010 y 2015 afectando principalmente a jóvenes entre 15 y 24 años, en el sub grupo de 15 a 19 años el alza ha sido de un 125% y entre los jóvenes de 19 a 24 años el alza ha sido de un 113%.

En Chile sólo el 7% de la población sexualmente activa se ha hecho el test de HIV.

Es fundamental implementar campañas de prevención que se acerquen a la comunidad en riesgo, no es lógico pensar que un adolescente concurrirá de mutuo propio a un centro de salud para realizarse el examen por lo tanto hay que acercar la información

y la educación a los lugares que ellos frecuentan. (colegios, universidades, discotecas, centros deportivos y comunitarios etc.)

Gráfico nº 9 Casos confirmados de VIH en mayores de 13 años (inclusive) y tasas*, por año. Chile, 2010 – 2015.



Fuente Instituto de Salud Publica * Tasa por 100.000 habitantes. En base a proyección de población para > de 13 años INE 20016.

II CONTROL DE LA FECUNDIDAD.

El MINSAL ha asumido , para los efectos de planificacion familiar en adolescentes y politicas sanitarias para este grupo en cuestión,la definicion de la OMS que concidera población adolescente a todas las personas entre10 y 19 años.

Esta es una población heterogénea desde el punto de vista de edad, condición socioeconómica , lugar de residencia, pertenencia a una etnia originaria, condiciones de migración etc , todos estos aspectos deben ser conciderados al momento de ejecutar las politicas sanitarias anticonceptivas.

Uno de los problemas mas serios que enfrentan los adolescentes en Chile es la alta tasa de embarazo adolescente no planificado y no deseado. Las tasas de fecundidad han variado de 48% a 55% en adolescentes entre 15 y 19 años y entre 1,3% a 1,65 en menores de 14 años.

El porcentaje de nacidos vivos en Chile hijos de madres adolescentes se ha mantenido en una cifra cercana al 15% en los últimos años experimentando sólo recientemente (2016) una baja de un 18% con respecto al año anterior.

Es por eso que, usando los criterios de elegibilidad de la OMS que concideran edad, paridad, condición de salud y riesgo de ITS o infección por HIV , el MINSAL mantiene una oferta de MAC para adolescente siendo esta la población bajo control.

Cuadro nº6 Población adolescente entre 10 y 19 años bajo control 2015

Año	Total población bajo control	Menor de 15 años	15 - 19 años	Total población bajo control 10-19 años	Porcentaje total población bajo control 10-19 años
2013	1.368.298	10.459	180.013	190.472	13,9%
2012	1.338.444	12.767	172.850	185.617	13,8%
2011	1.257.226	6.917	161.856	168.773	13,4%
2010	1.237.670	5.453	153.118	158.571	12,8%
2009	1.198.048	4.784	143.331	148.115	12,4%

La ley 20.418 dice en su artículo 2o “Toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos, en la forma señalada en el artículo 4o”. Dicho artículo dispone “... los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos, que cuenten con la debida autorización, tanto hormonales como no hormonales, tales como los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia y los métodos de anticoncepción no hormonal, naturales y artificiales.

El artículo 2o agrega “Sin embargo, en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años, 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”.

Es por esta razón que , al adolescente que consulte por métodos anticonceptivos o solicite anticoncepción de emergencia a un servicio de salud debe atendérsele bajo el concepto de “ adolescente maduro (a) “ , una persona con la autonomía suficiente para proceder de manera responsable frente a situaciones de riesgo como el embarazo adolescente y las ITS y buscar protección frente a esos riesgos venciendo obstáculos como la objeción de sus padres por ejemplo o barreras de tipo económicas o morales para finalmente presentarse frente a un profesional de la salud.

La confidencialidad en la atención está claramente respaldada en la legislación. La Ley 20.418 que **“**Fija Normas Sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad” dice claramente en su artículo 3o **“**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” lo que se aplica también a las y los adolescentes. La confidencialidad en la atención a adolescentes está consagrada también en otras disposiciones legales que benefician y obligan a los prestadores:

El Código Penal sanciona la revelación del secreto profesional.

El Código Procesal Penal Chileno en su artículo 303 excusa a las personas de deponer sobre hechos que conocieron en ocasión del ejercicio de su profesión u oficio y sólo en lo que respecta al secreto.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño, en su Observación General No 4, párrafo 11, precisa que los trabajadores de salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del o de la adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de adultos.

Una excepción se produce cuando la adolescente que consulta es menor de 14 años y su petición es que le sea prescrita anticoncepción de emergencia.

En este caso el articulado de nuestra ley es clara en ese aspecto : La Ley 19.927, Título VII, "Crímenes y Delitos Contra el Orden de las Familias, Contra la Moralidad Pública y Contra la Integridad Sexual" del actual Código Penal, en su Artículo 362, establece la protección que requieren las personas menores, estableciendo que "el que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años será castigado con presidio mayor en cualquiera de sus grados, y la configuración del delito se producirá bastando la comprobación de la edad de la víctima".

Por lo tanto, en el caso antes mencionado se entregará la anticoncepción de emergencia y se procederá a informar a los tutores legales, así como a realizar la denuncia correspondiente ante el Ministerio Público por la sospecha fundada de estar frente a un delito de violación. Esta denuncia es para proteger a una posible víctima, pero no limita o modifica la atención que debe entregársele a la paciente en materia de anticoncepción de emergencia y prevención de ITS.

Sin embargo, no se puede proceder penalmente cuando la diferencia de edad es de hasta dos años para delitos de violación y de hasta tres años para otros delitos de índole sexual.

Este criterio no es aplicable a la menor de 14 años que solicita un método anticonceptivo, ya que la petición sólo hace explícita la intención de tener relaciones sexuales lo cual no es constitutivo de delito.

Todos estos criterios sanitarios que se han ido instalando en las normas ministeriales, sumado al hecho de que a partir del año 2010 el MINSAL haya autorizado en uso de Implanon en adolescentes, siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud y la American Congress of Obstetricians and Gynecologists quienes sugieren el uso de anticonceptivos de larga duración de efecto reversible (LARCS), han permitido que por primera vez en diez años , el embarazo adolescente haya disminuido el 2016 en un 18% con respecto al el año 2015.

Las siguientes son las cifras del MINSAL con respecto a la población adolescente en control de fertilidad en todo el territorio nacional desglosadas por regiones e incorporando a pueblos originarios y a inmigrantes que reciben atención en el sistema público de salud.

Cuadro nº7

POBLACION EN CONTROL CON IMPLANTE COMO METODO DE REGULACION DE LA FERTILIDAD
SERVICIO DE SALUD SNSS 2016(DATOS PRELIMINARES).

	< DE 15 AÑOS.	15 - 19 AÑOS	20 - 24 AÑOS	TOTAL	% ABANDONO
TOTAL DE MAC	12.520	190.773	305.178	508.471	
TOTAL DE IMPLANTES	2.604	36.489	53.452	92.545	
% DE USO DE IMPLANTES	21%	19%	18%	18%	
RETIRO ANTICIPADO EN					
EL SEMESTRE ANTES 3A	44	854	1634	2.532	3%

Fuente: Minsal. 2016

Cuadro nº8

POBLACION EN CONTROL CON IMPLANTE COMO METODO DE REGULACION DE LA FERTILIDAD
POR REGIONES. ZONA NORTE. SNSS 2016 (DATOS PRELIMINARES).

	< DE 15 AÑOS.	15 - 19 AÑOS	20 - 24 AÑOS	TOTAL	% ABANDONO.
ARICA PARINACOTA					
TOTAL DE MAC	86	1.804	3.366	5.256	
TOTAL DE IMPLANTES	24	510	768	1.302	
% DE USO DE IMPLANTES	27,91%	28,27%	22,82%	24,77%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	3	5	8	1%
TARAPACA					
TOTAL DE MAC	218	3.216	4.937	8.371	
TOTAL DE IMPLANTES	54	1.006	1.229	2.289	
% DE USO DE IMPLANTES	24,77%	31,28%	24,89%	27,34%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	13	16	29	1%
ANTOFAGASTA					
TOTAL DE MAC	408	5.522	8.351	14.281	
TOTAL DE IMPLANTES	72	1.438	2.082	3.592	
% DE USO DE IMPLANTES	17,65%	26,04%	24,93%	25,15%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	11	13	24	0,7%
ATACAMA					
TOTAL DE MAC	347	4.576	7.453	12.376	
TOTAL DE IMPLANTES	154	1.366	1.728	3.248	
% DE USO DE IMPLANTES	44,38%	29,85%	23,19%	26,24%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	1	56	111	168	5%
COQUIMBO					
TOTAL DE MAC	505	6.680	11.256	18.441	
TOTAL DE IMPLANTES	115	1.699	2.579	4.393	
% DE USO DE IMPLANTES	22,77%	25,43%	22,91%	23,82%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	1	24	36	61	1%

Fuente: Minsal. 2016.

Cuadro nº9

POBLACION EN CONTROL CON IMPLANTE COMO METODO DE REGULACION DE LA FERTILIDAD
POR REGIONES. ZONA CENTRO. SNSS 2016 (DATOS PRELIMINARES).

	< DE 15 AÑOS.	15 - 19 AÑOS	20 - 24 AÑOS	TOTAL	% ABANDONO.
VALPARAISO					
TOTAL DE MAC	2.301	27.025	37.038	66.364	
TOTAL DE IMPLANTES	245	2.940	4.540	7.725	
% DE USO DE IMPLANTES	10,65%	10,88%	12,26%	11,64%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	28	55	83	1%
METROPOLITANA					
TOTAL DE MAC	4.077	67.168	111.506	182.751	
TOTAL DE IMPLANTES	789	12.400	19.838	33.027	
% DE USO DE IMPLANTES	19,35%	18,46%	17,79%	18,07%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	20	467	906	1.393	4%
LIBERTADOR B O'HIGGINS					
TOTAL DE MAC	518	8.698	13.296	22.512	
TOTAL DE IMPLANTES	116	1.421	1.729	3.266	
% DE USO DE IMPLANTES	22,39%	16,34%	13,00%	14,51%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	20	20	40	1%
MAULE					
TOTAL DE MAC	793	12.746	20.850	34.389	
TOTAL DE IMPLANTES	163	2.044	2.643	4.850	
% DE USO DE IMPLANTES	20,55%	16,04%	12,68%	14,10%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	15	27	43	85	2%
BIO BIO					
TOTAL DE MAC	1.157	20.914	36.241	58.312	
TOTAL DE IMPLANTES	281	4.205	6.369	10.855	
% DE USO DE IMPLANTES	24,29%	20,11%	17,57%	18,62%	
RETIROANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	3	72	182	257	2%

Fuente: Minsal.2016

Cuadro nº10

POBLACION EN CONTROL CON IMPLANTE COMO METODO DE REGULACION DE LA FERTILIDAD
POR REGIONES. ZONA SUR. SNSS 2016 (DATOS PRELIMINARES).

	< DE 15 AÑOS.	15 - 19 AÑOS	20 - 24 AÑOS	TOTAL	% ABANDONO.
ARAUCANIA					
TOTAL DE MAC	588	11.275	19.291	31.154	
TOTAL DE IMPLANTES	82	1.600	2.289	3.971	
% DE USO DE IMPLANTES	13,95%	14,19%	11,87%	12,75%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	26	57	83	2%
DE LOS RIOS					
TOTAL DE MAC	390	5.722	8.487	14.599	
TOTAL DE IMPLANTES	104	1.318	1.722	3.144	
% DE USO DE IMPLANTES	26,67%	23,03%	20,29%	21,54%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	23	30	53	2%
DE LOS LAGOS					
TOTAL DE MAC	941	12.287	18.805	32.033	
TOTAL DE IMPLANTES	309	3.457	4.761	8.527	
% DE USO DE IMPLANTES	32,84%	28,14%	25,32%	26,62%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	4	62	118	184	2%
AYSEN					
TOTAL DE MAC	103	1.547	1.845	3.495	
TOTAL DE IMPLANTES	64	585	570	1.219	
% DE USO DE IMPLANTES	62,14%	37,82%	30,89%	34,88%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	9	23	32	3%
MAGALLANES					
TOTAL DE MAC	88	1.590	2.458	4.136	
TOTAL DE IMPLANTES	32	500	605	1.137	
% DE USO DE IMPLANTES	36,36%	31,45%	24,61%	27,49%	
RETIRO ANTICIPADO					
EN EL SEMESTRE ANTES 3A	0	13	16	29	3%

Fuente: Minsal.2016

Cuadro nº11

POBLACION EN CONTROL CON IMPLANTE COMO METODO DE REGULACION DE LA FERTILIDAD
PUEBLOS ORIGINARIOS Y POBLACION INMIGRANTE. SNSS 2016 (DATOS PRELIMINARES).

PUEBLOS ORIGINARIOS	
TOTAL DE MAC	47.921
TOTAL DE IMPLANTES	5.723
% DE USO DE IMPLANTES	11,94%
RETIRO ANTICIPADO EN EL SEMESTRE ANTES 3A	95

POBLACION INMIGRANTE	
TOTAL DE MAC	29.477
TOTAL DE IMPLANTES	4.553
% DE USO DE IMPLANTES	15,45%
RETIRO ANTICIPADO EN EL SEMESTRE ANTES 3A	110

Fuente: Minsal 2016

La comuna de Quinta Normal se encuentra en el área nor - poniente de Santiago fue fundada en 1915 y tiene una superficie de 12.4 Kms. cuadrados y una población de 101.737 habitantes.

Sus centros de atención de salud pertenecen al Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc) y son:

Hospital Félix Bulnes Cerda

Centro de Salud Familiar Andes

Centro de Salud Familiar Lo Franco

Centro de Salud Familiar Garín

COSAM Quinta Normal

Centro Comunitario de Salud Familiar Catamarca

Centro Comunitario de Salud Familiar Antumalal.

La siguiente es la información estadística del uso de Implanon en adolescentes beneficiarias de uno de estos consultorios.

Cuadro nº12

POBLACION EN CONTROL CON IMPLANTE COMO METODO DE REGULACION DE LA FERTILIDAD
CONSULTORIO LO FRANCO. QUINTA NORMAL. SSMOCc. SANTIAGO DE CHILE.

	2015	2016
TOTAL DE MAC.	3.359	4.246
TOTAL USUARIAS ADOLESCENTES	567	725
% ADOLESCENTES USUARIAS MAC	16,9%	17,1%

TOTAL USUARIAS ADOLESCENTES	567	725
TOTAL DE IMPLANTES EN ADOLESCENTES	98	101
% DE USO DE IMPLANTES ADOLESCENTES	17,28%	13,93%

RETIRO ANTICIPADO ADOLESCENTE ANTES 3A	2	2
% RETIRO ANTICIPADO ADOLESCENTE ANTES 3A	2,0%	2,0%

Fuente: Consultorio Lo Franco.

Los motivos de extracción anticipada son principalmente flujo rojo excesivo y cefalea, este hecho se repite también en un estudio analítico de cohorte histórica publicado por CEMERA (Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia) sobre 62 adolescentes que consultaron sobre prevención de embarazo y eligieron uso de Implanon.

Cuadro nº12 Características de las adolescentes usuarias de anticonceptivo sub dérmico con etonorgestrel.

	n	%
Inicio de las relaciones sexuales		
Sí	55	88,7
No	7	11,3
Anticonceptivo previo		
ACO o PPS	12	19,3
ACI o DMPA	25	40,3
DIU	1	1,6
Condón	10	16,1
Ninguno	14	22,7
Embarazos previos		
Nuligesta o nulípara	46	74,2
Multípara	16	25,8
Patología médica		
No	46	74,2
Sí	16	25,8
Patología de salud mental		
No	26	41,9
Sí	36	58,1
Estado nutricional inicial		
Enflaquecida o bajo peso	2	3,5
Normal	30	51,7
Sobrepeso	17	29,3
Obesa	9	15,5
Estado nutricional final		
Enflaquecida o bajo peso	4	7,6
Normal	25	47,2
Sobrepeso	12	22,6
Obesa	12	22,6

Matronas Prof. 2016; 17(4): 137-142

Cuadro nº13 Efectos secundarios en adolescentes usuarias de implante anticonceptivo con etonorgestrel.

Efecto secundario	Mes											
	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ninguno	34 (77,3)	24 (68,6)	16 (57,1)	14 (58,3)	10 (52,6)	14 (56,0)	9 (60,0)	10 (62,5)	9 (81,8)	7 (63,6)	8 (80,0)	15 (68,2)
Acné	2 (4,5)	4 (11,4)	3 (10,7)	3 (12,5)	3 (15,8)	1 (4,0)	1 (6,7)	–	–	–	–	1 (4,5)
Cefalea	6 (13,6)	4 (11,4)	5 (17,9)	5 (20,8)	4 (21,1)	4 (16,0)	1 (6,7)	2 (12,5)	1 (9,1)	1 (9,1)	–	2 (9,1)
Dismenorrea	1 (2,3)	1 (2,9)	–	–	1 (5,3)	1 (4,0)	2 (13,3)	–	1 (9,1)	1 (9,1)	–	1 (4,5)
Mastalgia	1 (2,3)	2 (5,7)	4 (14,3)	2 (8,3)	1 (5,3)	5 (20,0)	2 (13,3)	4 (25,0)	–	2 (18,2)	2 (20,0)	3 (13,6)
Total	44 (100)	35 (100)	28 (100)	24 (100)	19 (100)	25 (100)	15 (100)	16 (100)	11 (100)	11 (100)	10 (100)	22 (100)

Matronas Prof. 2016; 17(4): 137-142

CONCLUSIONES.

En síntesis, podríamos decir que actualmente en Chile no existe una política de Educación Sexual ni tampoco se ha debatido el tema en el marco de la Reforma Educacional.

El curriculum nacional aborda la temática de la sexualidad en la asignatura de Ciencias Naturales (7ºmo Básico) y en Biología (2ºdo medio) con objetivos y contenidos mínimos.

Si bien se han realizado esfuerzos diversos por incorporar la educación en sexualidad al sistema de educación formal desde la década de los ’90 no se está cumpliendo con el mandato de la Ley 20.418 que explicita la necesidad de contar con educación sexual.

A pesar de los documentos internacionales vinculantes que nuestro país ha suscrito desde hace 40 años, los programas que hoy se desarrollan siguen siendo intervenciones esporádicas, que no se inician a edades tempranas (educación pre-escolar), es importantísimo empoderar a nuestros adolescentes como sujetos de derecho para decidir de manera autónoma sobre su sexualidad.

No cabe la menor dudad que estamos retrasados en proveer, promover y asegurar una educación sexual integrada al curriculum escolar de manera permanente que no este superditada a la discrecionalidad y buena voluntad de los educadores.

En materia de embarazo adolescente hay una mirada optimista puesto que el descenso de un 18% experimentado por el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años hace suponer que tanto la entrega de anticoncepción de emergencia en consultorios , la liberación de la venta del fármaco para ser comprado en farmacias así como el uso de LARCS con énfasis en la oferta para adolescentes desde el año 2010 han sido los pilares fundamentales de este éxito , sin embargo el lamentable aumento del embarazo en menores de 15 años y su vínculo con la violencia sexual nos hace cuestionar nuevamente la poca urgencia con que los legisladores han tratado el tema de la despenalización del aborto por la causal de violación.

Se debe trabajar también en las inequidades de género, los programas de salud siguen teniendo como objetivo a la adolescente, enfocando sobre ellas la atención y los cuidados de salud, pero a la vez asignándole una serie de roles relacionados con la crianza y cuidado de los hijos dejando al adolescente varón fuera de los programas.

BIBLIOGRAFIA

- 8 va Encuesta Nacional de Juventud 2015. Injuv.Gob.cl (Internet). Chile: INJUV ;2015 (publicado 2017 consultado abril 2017). Disponible en http://www.injuv.gob.cl

- Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Primer Informe. Mileschile .cl (internet). Chile: Dides C Fernandez C; 2016 (publicado 2017 consultado abril 2017) Disponible en http;// www.mileschile.cl

- Normas Nacionales Sobre la Regulación de la Fertilidad. Minsal.cl (Internet). Chile: Castro R. Díaz S. Galán G. López C. Matamala M.; 2008 (publicado 2008 consultado abril 2017) Disponible http;// www.minsal.cl

- Resultados Confirmación de Infección por VIH en Chile, 2010 – 2015. Boletín de vigilancia de Laboratorio Vol. 6, nº 11 Ispch.cl (internet). Chile: ISPCH; 2016 (publicado 2016 consultado abril 2017) Disponible http;// www.ispch.cl

- Efectos Secundarios en Adolescentes Chilenas Usuarias de Implante Anticonceptivo con Etonorgestrel. Leal I, Molina T, Montero A, González C. Matronas Prof.2016; 17(4): 137 -142. www.federación-matronas.org

AGRADECIMIENTOS

Dra Paulina Troncoso Encargada del Programa Nacional de la Mujer Ciclo Vital MINSAL

Matrón Eduardo Soto Programa Nacional de la Mujer Ciclo Vital MINSAL

Constanza Fernandez Coorporación MILES Chile

Dra Daniella Greibe Directora Hospital Félix Bulnes Cerda Quinta Normal.

Matrona Jessica Castañeda Encargada Programa de la Mujer CESFAM Lo Franco.

Dr Francisco Bahamonde por su apoyo y gran ayuda.

Santiago , Mayo 2017