



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Medicina - Programa de Magister en Salud Sexual y  
Reproductiva

**Impacto de las políticas de educación sexual en la  
salud sexual y reproductiva de la población  
adolescente, en la comuna de Concepción en el  
período 2010 - 2017**

Tesis para optar al grado de Magister en Salud Sexual y  
Reproductiva

GRACE CATHERINE CASTRO SANDOVAL  
CONCEPCIÓN-CHILE

2019

Profesora Guía: Dra. Mercedes Carrasco Portiño  
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción

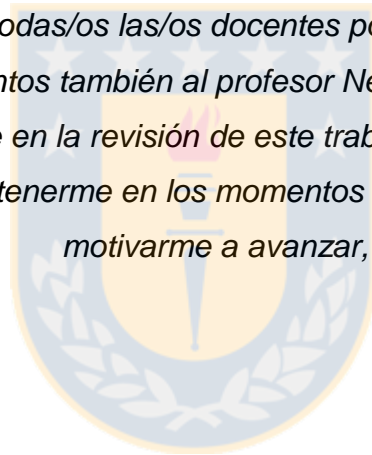
***Dedicatoria***

*Dedico este trabajo a las dos personas más importantes de mi vida,  
mi hijo Martín y mi hija Belén.*



## **Agradecimientos**

*Quisiera agradecer primero a la Directora del Programa de Magister, la profesora Yolanda Contreras García, por su respaldo y confianza en mi ingreso al programa, así como a mi tutora, la profesora Mercedes Carrasco Portiño, por todo su apoyo, confianza, enseñanza y paciencia durante la formulación y desarrollo de esta tesis. También quiero agradecer al Programa de Magister y a todas/os las/os docentes por su visión y dedicación. Mis agradecimientos también al profesor Nelson Carvajal, por alentarme y ayudarme en la revisión de este trabajo. Finalmente, a mi madre, por sostenerme en los momentos más difíciles, a mis hijos, por motivarme a avanzar, y a toda mi familia y amigas.*



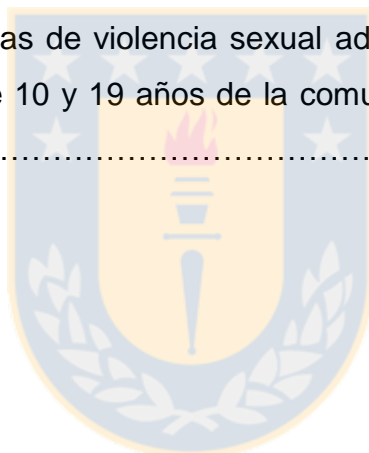
## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Página</b>
INDICE DE TABLAS.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
3. HIPÓTESIS.....	14
4. OBJETIVOS.....	14
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	15
6. RESULTADOS.....	17
7. DISCUSIÓN.....	37
8. CONCLUSIONES.....	48
9. PROYECCIONES.....	50
10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	52
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
12. ANEXOS.....	62
Anexo I. ENCUESTA.....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
• Tabla 6.1. Características generales de los establecimientos educativos encuestados.....	18
• Tabla 6.2. Número de estudiantes, mensualidad y porcentaje de vulnerabilidad en los establecimientos encuestados según dependencia.....	19
• Tabla 6.3. Intervenciones de educación sexual en los establecimientos encuestados según dependencia.....	21
• Tabla 6.4. Implementación de los programas de educación en sexualidad y afectividad en los establecimientos encuestados según dependencia.....	22
• Tabla 6.5. Formas de financiamiento y número de docentes capacitados por los programas de educación en sexualidad implementados en los establecimientos.....	24
• Tabla 6.6. Porcentaje de cumplimiento de actividades de los programas de educación en sexualidad y afectividad en los establecimientos.....	25
• Tabla 6.7. Personal encargado de desarrollar contenidos de educación sexual en los establecimientos según dependencia.....	27
• Tabla 6.8. Asesorías externas de educación sexual en los establecimientos según dependencia.....	29
• Tabla 6.9. Contenidos de educación sexual implementados en los establecimientos según dependencia.....	30
• Tabla 6.10. Porcentaje de implementación de intervenciones de educación sexual entre los años 2001 y 2017, en los establecimientos encuestados.....	32

- Tabla 6.11. Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes del total de nacidos vivos en la comuna de Concepción, años 2010-2017..... 33
- Tabla 6.12. Porcentaje de cobertura de métodos anticonceptivos en la población adolescente bajo control de fertilidad en los Centros de Salud Familiar en la comuna de Concepción, años 2010-2015..... 34
- Tabla 6.13. Porcentaje de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente del total de población con infecciones de transmisión sexual en la comuna de Concepción, años 2010-2017..... 35
- Tabla 6.14. Tasas de violencia sexual adolescente por cada 1000 habitantes entre 10 y 19 años de la comuna de Concepción, años 2010-2017..... 36



## RESUMEN

**Antecedentes:** Desde los años 2001 y 2012 se incorporan contenidos sobre sexualidad en el currículum de 6º/7º básico y 2º/3º medio. A partir del año 2010 se legisla para que la población adolescente deba recibir educación sexual. Se propusieron siete programas en esta materia para establecimientos educacionales. Su implementación y sus resultados no han sido evaluados.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de las políticas de educación sexual implementadas en Chile, en la salud sexual y reproductiva de la población adolescente de la comuna de Concepción entre los años 2010 y 2017.

**Material y método:** Estudio ecológico en establecimientos educacionales e indicadores de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Incluyó 51 establecimientos y estadísticas de embarazo, uso de métodos anticonceptivos (MAC), casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y violencia sexual.

**Resultados:** El 43% de los establecimientos implementaron algún programa de educación sexual; el 80% ha incorporado los contenidos curriculares, y la misma cifra ha ejecutado iniciativas propias de sexualidad y asesorías externas con un alcance del 84%. Se observa un descenso del embarazo adolescente, aumento del uso de MAC, pero disminuyó el uso de condón masculino, y un aumento de los casos de gonorrea y VIH, así como las cifras de violencia sexual hacia adolescentes.

**Conclusiones:** A pesar del descenso de algunos indicadores de salud sexual y reproductiva en adolescentes, es preocupante el aumento de las ITS y la disminución del uso de métodos que previenen su contagio, así como la violencia sexual que también es un riesgo para adquirir ITS.

**Palabras claves:** Educación Sexual, Salud Sexual, Salud Reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual, Adolescente.

## **ABSTRACT**

**Background:** In 2001 and 2012, contents on sexuality were added to the curriculum of the 6th and 7th grades of primary school, and to the 2nd and 3rd grades of secondary school. In 2010, sex education became compulsory for adolescents. There are seven sex education programs for schools, but their implementation and results have not been evaluated.

**Objective:** To evaluate the impact of Chilean sex education policies on the sexual and reproductive health of teenagers from the commune of Concepción between 2010 and 2017.

**Material and methods:** Ecological study, using schools and teenagers' sexual and reproductive health indicators. 51 schools were included in this study, and the indicators used were pregnancy statistics, use of contraceptives, cases of sexually-transmitted diseases (STDs), and sexual violence.

**Results:** 43% of schools have implemented a sex education program. 80% have included the curriculum content. The same percentage of schools has implemented their own initiatives on the topic, while an 84% has asked for external counsel. Teenage pregnancy rates have decreased and the use of contraceptives has increased, but we also observed a decrease in the use of male condom and a higher rate of gonorrhea and HIV cases. The cases of sexual violence against adolescents have increased as well.

**Conclusions:** Despite the decrease seen in some indicators, the higher rate of STDs and the lower use of methods to prevent them are alarming. The higher rate of sexual violence is worrying as well, as it is associated with STDs.

**Keywords:** Sex Education, Sexual Health, Reproductive Health, Sexually Transmitted Diseases, Adolescent.



## 1. INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva ha sido definida como una condición integral de salud de los individuos, que se relaciona no sólo con enfermedades o dolencias, sino también con disfrutar de un bienestar físico, mental y social (1), una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, poseer la libertad para decidir sobre la propia reproducción, y teniendo también el derecho a información y asesoría (2). Todo esto fundamentaría la necesidad y el derecho de impartir y recibir educación sexual, en especial por parte de la población que pueda encontrarse más expuesta a riesgos, como es el caso de la población adolescente.

Aunque existe evidencia de que los programas escolares de educación sexual tendrían implicancias positivas en la salud sexual de los/as adolescentes, en Chile las políticas relacionadas con la implementación de educación sexual en los establecimientos educacionales son relativamente recientes, como la ley N° 20.418 publicada el año 2010 (3), y los contenidos relacionados con afectividad y sexualidad incluidos en el currículum de Psicología y Filosofía en el año 2001, y de Ciencias Naturales y Biología en los años 2009 y 2012 (4-6). Sin embargo, en términos generales, estas iniciativas han carecido de una continuidad, seguimiento y evaluación.

Algunos de los indicadores más relevantes sobre la salud sexual y reproductiva de la población adolescente corresponden a las cifras de embarazo, el uso de métodos anticonceptivos, de infecciones de transmisión sexual y de violencia sexual. Al observar el embarazo adolescente entre los años 2006 y 2010, se encontraron cifras más bien constantes, cercanas al 16% del total de nacidos vivos inscritos a nivel nacional. Sin embargo, sólo se produjo un leve aumento en el porcentaje de población adolescente bajo control de regulación de la fertilidad, pasando de un 11% a un 13% entre los mismos años, y para el caso de las infecciones de transmisión sexual, el año 2007 un porcentaje cercano al 14% correspondió a población adolescente,

en su mayoría a mujeres (7). La violencia sexual en esta población ha mostrado un aumento sostenido, llegando casi a duplicarse las denuncias entre los años 2005 a 2008 (8). Estas cifras caracterizan aspectos importantes de la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes, que pueden tener importantes consecuencias en diversos aspectos de su vida actual y futura, afectando a su entorno, a las generaciones posteriores y a la sociedad.

De esta forma, es necesario explorar si las políticas de educación sexual estarían dando respuesta a las problemáticas asociadas a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, específicamente determinando el impacto de la implementación de contenidos de educación sexual y de los programas de educación en sexualidad y afectividad, que fueron puestos a disposición de los establecimientos educacionales el año 2011 por el Ministerio de Educación y para los cuales se destinaron subvenciones o fondos estatales como mecanismo de financiamiento.

El objetivo del presente trabajo es evaluar si ciertos indicadores de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, como las tasas de embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y VIH, uso de métodos anticonceptivos y violencia sexual, han mostrado una variación significativa en el periodo 2010 – 2017, desde la implementación de estas iniciativas de educación sexual, en la comuna de Concepción, Chile.

## 2. MARCO TEÓRICO

La importancia de la educación en sexualidad ha sido determinada a partir de conceptos como la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La salud reproductiva fue definida en la “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)” realizada el año 1994 en el Cairo, como un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (1). De esta forma, la salud reproductiva implicaría disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear y la libertad de decidir sobre esta condición. Comprende también la salud sexual, que tiene como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no sólo la asesoría y atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual. Implícitos en esta última condición están los derechos de hombres y mujeres a estar informados, y a tener acceso a métodos de planificación familiar que sean seguros, efectivos, accesibles y aceptables, incluyendo métodos de regulación de la fertilidad, que no estén contra la ley (2).

En el Programa de Acción de la CIPD, se insiste en la necesidad de información y educación sustentable y apropiada sobre salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos (9). Ya en el artículo 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se menciona que: “toda persona tiene derecho a la educación y ésta tiene por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales” (10).

En atención a estos derechos, el recibir educación en sexualidad resulta una necesidad, ya que la sexualidad es un aspecto inherente a todos los seres humanos e incluye diversos factores personales y sociales (2).

La educación sexual cumple un rol de suma importancia en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, así como en la formación de

actitudes y valores que favorezcan la valoración de la sexualidad, la igualdad de género, la autonomía, la responsabilidad y la salud integral que conlleva al desarrollo del ser humano (11). De esta forma, recibir educación en sexualidad, afectividad y género, garantiza la posibilidad de generar conductas de auto-cuidado en salud mental y física, de hacerse responsable de las propias decisiones en cada etapa vital, de relacionarse con otros en un marco de respeto mutuo, y de vivir de un modo más cercano con sus emociones y corporalidad (12).

Existe una creciente base de evidencia que muestra que los programas escolares de educación sexual son útiles y tienen efectos positivos en la salud sexual de los jóvenes, al mejorar los comportamientos preventivos, reduciendo los riesgos de embarazo no planificado e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidas las infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (13).

La primera iniciativa política orientada a educación sexual en Chile, se realizó en 1968, cuando el Ministerio de Educación comenzó un programa de Vida Familiar y Educación Sexual desde un enfoque interdisciplinario con la participación de la comunidad, esfuerzo que luego fue discontinuado en la década de los setenta (14). Las posteriores iniciativas en relación a la implementación de políticas sobre educación sexual, surgen a partir de la década del 90, período caracterizado por la transición a la democracia y en el cual Chile comenzó a introducir políticas destinadas a reformar su sistema educacional, con el fin de mejorar su calidad y equidad (15).

En el año 1991, el Ministerio de Educación convoca a un “comité consultivo” formado por miembros del Ministerio de Salud, de la Comisión Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG), expertos y representantes del mundo católico y del mundo masón, para levantar una propuesta de educación sexual. Pese a su heterogeneidad, este comité logró

convenir ciertos valores comunes generales, 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 y por los demás, así como la promoción de actitudes de solidaridad y aceptación (16).

Posteriormente, en el año 1993, surge el documento del Ministerio de Educación titulado: “Política de Educación en Sexualidad para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación”, que plantea la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación, promoviendo la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje en materia de sexualidad humana, para lograr un desarrollo socio-afectivo sano y armónico de niños/as y jóvenes. En este documento se señalan distintas consideraciones, entre las cuales, se menciona que cada establecimiento debe identificar las necesidades de aprendizaje en sexualidad, y que la elaboración de contenidos debe ser definida en el marco del proyecto educativo de cada establecimiento. Se considera también que la principal entidad responsable de la educación sexual es la familia y que la escuela debe ser su colaboradora. Los establecimientos tendrían completa autonomía para elaborar planes y programas propios, de acuerdo a sus requerimientos y opciones, y la familia podría tener participación en la elaboración de diagnósticos y definición de contenidos en la escuela. Además se fundamenta que la educación puede cumplir una función preventiva ante problemas sociales, tales como las relacionadas con el abuso y la violencia sexual. Apunta entonces, que problemas como la prostitución infantil, las infecciones de transmisión sexual, particularmente el SIDA, el aborto inducido y los embarazos no deseados, podrían ser abordados mediante una educación adecuada (14).

En conjunto con estas iniciativas educacionales, Chile se adscribe a convenios internacionales que hacen mención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido se debe hacer referencia a la ya mencionada “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo” (CIPD),

en la cual se establecieron ciertos principios relacionados con la salud y derechos sexuales y reproductivos, tales como promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con salud reproductiva, así como la planificación familiar y la salud sexual (1).

En el capítulo 7 del Programa de Acción de esta Conferencia, se incluye una sección especial referida a la población adolescente, indicándose que la respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los/as adolescentes, debería basarse en información que los ayude a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable, facilitándoles información y servicios que les ayuden a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. Es importante destacar que también se recomienda la formación de los hombres jóvenes, para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo concerniente a la sexualidad y procreación. Se menciona además, que los adolescentes en general cuentan con poca información sobre los métodos de protección y que por lo tanto, aquellos que se encuentran sexualmente activos se exponen a un riesgo cada vez mayor de contraer y propagar infecciones de transmisión sexual, en particular VIH/SIDA (9).

De esta forma se plantean diversos objetivos, uno de ellos es que los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deben proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes. Se incluye, también, como uno de los objetivos que los gobiernos promuevan programas encaminados a instruir a los padres, a fin de mejorar la interacción de éstos con sus hijos/as, permitiéndoles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso

de maduración de sus hijos/as, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva (1).

En el marco de la conferencia del Cairo, Chile se comprometió, como país firmante, a proteger, garantizar y promover el ejercicio de derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, constituyéndose la educación sexual en uno de los pilares básicos que sustentan el ejercicio de estos derechos (11).

Una de las primeras iniciativas que busca dar respuesta a estos objetivos fueron las “Jornadas de Conversación sobre afectividad y Sexualidad” (JOCAS), que comenzaron con un plan piloto el año 1995, apoyadas financiera y técnicamente por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), y que tuvieron gran impacto a nivel cultural, social y mediático. La ejecución sistemática del programa se mantuvo hasta el año 2000, con dificultades y resistencias por parte de los sectores más conservadores de la sociedad chilena (11). A su término, la cobertura de las JOCAS había superado los seiscientos liceos, alrededor de la mitad del total del país (16).

Posteriormente, en el marco de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, realizada en la Ciudad de México el año 2008, se aprobó la Declaración Ministerial “*Prevenir con Educación*”. En el encuentro, treinta Ministerios de Salud y veintiséis Ministerios de Educación de América Latina y El Caribe, entre ellos los representantes de Chile, se comprometieron a posicionar la prevención como eje fundamental para responder de manera efectiva al VIH y al SIDA. Las metas establecidas y acordadas en esta Declaración para el año 2015 serían: 1) Reducir en un 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad y 2) Reducir en un 50% la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud que atiendan apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Para lograr estas metas y para asegurar la educación integral en sexualidad

y promoción de la salud sexual y reproductiva en las personas adolescentes y jóvenes, la Declaración enfatiza la necesidad de una alianza estratégica entre el sector salud y el sector educación (17). El compromiso asumido por los países de América Latina y el Caribe implica promover y difundir los contenidos de esta declaración en todos los niveles y sectores; y destinar recursos para concretar acciones en cumplimiento de los acuerdos convenidos (17).

En conformidad con las iniciativas y convenios adquiridos por Chile en relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad de implementar programas de educación sexual, en el año 2010 se publica la Ley N° 20.418, la cual “Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad”.

En su Artículo 1º, la ley 20.418, establece que “toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial, con el fin de poder decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y especialmente, para prevenir el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual y sus consecuencias”. Especifica también que el Ministerio de Salud debe emitir un reglamento que disponga el modo en que se harán efectivos estos derechos y que además, los establecimientos educacionales reconocidos por el estado deberán incluir un programa de educación sexual en la enseñanza media (3). Se hace mención en el artículo 2º de esta Ley, al derecho de libre elección de métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, y especifica que el anticonceptivo de emergencia debe ser entregado a menores de 14 años en caso de solicitarlo, con la condición de que el adulto responsable de la/del menor sea informado/a. Se establece, además, en el 4º artículo, que los órganos de Administración del Estado deben poner a disposición de la población los métodos anticonceptivos, y que en este sentido, no se considerarán aquellos métodos cuyo objetivo o efecto directo sea provocar



un aborto. Finalmente, el artículo 5º dispone que si es posible presumir un delito sexual en la persona que solicite un anticonceptivo de emergencia, el funcionario correspondiente debe poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público (3). En resumen, la ley 20.418, establece normas y derechos relacionados con la educación en regulación de la fertilidad, disponiendo pautas para la entrega del anticonceptivo de emergencia, especialmente en adolescentes, y haciendo mención a la prevención de embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y violencia sexual (3).

Aunque esta Ley estipula que los establecimientos educacionales deben incluir programas de educación sexual en la enseñanza media, en el Decreto Supremo N° 40 del Ministerio de Educación publicado en el año 1996, que Establece Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos para la Educación Básica, ya se había decretado que uno de los objetivos fundamentales para el 7º año de ciclo básico, era comprender la sexualidad sobre la base de una visión integrada, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos, afectivos y sociales, y que se implementarían contenidos mínimos como salud y sexualidad en el ser humano (18). Estos contenidos relacionados con afectividad y sexualidad son incluidos en primera instancia, en el programa de estudio de Filosofía y Psicología de tercer año medio en el año 2001 (4), y posteriormente en las actualizaciones curriculares para la asignatura de Ciencias Naturales y Biología para séptimo básico y segundo año medio en el 2009 (5) y para sexto básico en el 2012 (6).

El año 2011, con el fin de dar respuesta a algunos de los objetivos planteados en la ley 20.418, el Ministerio de Educación pone a disposición de los establecimientos educacionales un conjunto de programas de educación en sexualidad y afectividad, los que son ofrecidos por diversas instituciones. Para la selección de estos programas, el ministro de educación y la Ministra del SERNAM formaron una comisión de expertos/as para crear un portafolio de programas con el objetivo que los establecimientos educacionales puedan

elegir el que más les interese o se adecue a su visión y realidad socioeducativa (19).

Esta comisión utilizó los siguientes criterios para la selección de los programas: 1) Discurso a favor de la postergación del inicio de la actividad sexual de los/as jóvenes hasta etapas de mayor madurez biopsicosocial, 2) Incorporación de los distintos actores de la comunidad educativa, especialmente padres y docentes, 3) Contenidos y metodologías pertinentes con el desarrollo evolutivo de niños, niñas y jóvenes, 4) Contenidos y metodología propuestos en un continuo desde los niveles de básica hasta enseñanza media, 5) Diversidad de enfoques en cuanto a la relación sexualidad-afectividad y control de la natalidad, 6) Visión antropológica clara, y 7) Capacidad de difusión y cobertura para implementarse a nivel nacional.

Los programas seleccionados fueron:

- 1) “Adolescencia: tiempo de decisiones”, del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (20).
- 2) “Teen STAR”, de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile (21).
- 3) “Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia”, de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) (22).
- 4) “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)”, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile (23).
- 5) “Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS)”, del Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián (24).
- 6) “Aprendiendo a Querer”, de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Monseñor Ricardo Ezzati (25).
- 7) “Curso de Educación Sexual Integral”, del Dr. Ricardo Capponi (CESI) (26).

Los establecimientos educacionales podían elegir libremente alguno de estos siete programas e implementarlos de acuerdo a la planificación especificada por cada uno.

De acuerdo al estudio llevado a cabo por la Universidad Central y por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, publicado el año 2011, la ejecución de la Ley 20.418 ha presentado diversas dificultades, que dicen relación con: 1) El carácter intersectorial de la implementación de los programas de educación en sexualidad y la superposición de roles entre Ministerio de Salud (MINSAL) y Ministerio de Educación (MINEDUC), en lo que respecta al carácter técnico y administrativo de la implementación de la ley, 2) La externalización del servicio como modelo de mercado, y 3) Un mecanismo de financiamiento poco definido. En relación a este tercer punto, se menciona que el MINEDUC tuvo que idear un mecanismo para financiar estos programas, utilizando como primera vía una negociación entre cada programa y el sostenedor del establecimiento, luego, mediante la vinculación de la contratación de los programas con los Fondos de la Subvención Escolar Preferencial (SEP) de cada escuela/colegio, sin que se logran los resultados esperados para satisfacer los objetivos de la Ley. El tercer mecanismo fue a través de la creación en marzo del 2011 de un “Fondo para Capacitación en Sexualidad, Afectividad y Género”, con un monto de 300 millones de pesos, el cual fue aumentado a 600 millones en agosto del mismo año. Cabe mencionar, que entre septiembre y octubre del 2011, sólo el 39% de los fondos había sido ejecutado, evidenciando que el proceso presentaría serias deficiencias (27). Actualmente no se encuentra disponible información actualizada en relación a éste último fondo en la página web del MINEDUC (28,29).

Por otra parte, el estudio antes citado reconoce que para la correcta implementación de un programa de educación sexual también es necesario realizar una evaluación de impacto y resultados sostenidos en el tiempo a los programas seleccionados (27). Aunque se han realizado algunas

investigaciones para analizar los resultados obtenidos, o estudios de seguimiento de sus propios programas, como es el caso de CEMERA de la Universidad de Chile (30,31), o el Programa Teen STAR dependiente de Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile (32-34), estas investigaciones fueron realizadas con anterioridad al año 2010 en que fue publicada la Ley 20.418, y sólo abarcan un análisis a nivel grupal o por establecimiento y no de mayor amplitud.

En el informe *“Situación Actual del Embarazo Adolescente en Chile”*, elaborado por el MINSAL el año 2013, se puede analizar la condición de algunos de estos indicadores en nuestro país durante los años anteriores y posteriores a las iniciativas ya mencionadas. En el caso del embarazo adolescente, se observan tasas cercanas a 160 nacidos vivos de madres adolescentes por cada 1.000 nacidos vivos entre los años 2005 y 2008, y luego esta cifra baja a 140 en el año 2012. Una tendencia similar se encuentra en la tasa de fecundidad, disminuyendo de un 29 a un 26 entre el 2009 y el 2012. Las tasas de embarazo adolescente en la región del Biobío, muestran una variabilidad entre los años 2005 y 2010, sin registrarse una tendencia clara. Sin embargo, esta región presentó la menor tasa específica de fecundidad en madres adolescentes para el año 2010 (7). En esta misma publicación se hace mención a que aproximadamente un 14% de la población que recibe control de regulación de la fertilidad en los Sistemas de Salud Públicos en el país, corresponde a población adolescente para el año 2012, siendo los métodos más utilizados los hormonales orales e inyectables combinados. De la población masculina que se encuentra bajo control de la regulación de fecundidad mediante el uso de preservativo, un 41% correspondería a adolescentes. En cuanto a la anticoncepción de emergencia, su entrega a la población adolescente muestra un aumento sostenido desde el 2010 al 2012 (7).

Por otra parte, al revisar la incidencia de ITS y VIH-SIDA en la población adolescente en Chile, para el grupo de edad entre 10 y 19 años se observó

un aumento de un 32% de los casos notificados de VIH, entre los años 2012 y 2016, en el caso de gonorrea el aumento llegó a un 87% entre los mismos años, pero los casos de sífilis disminuyeron en un 20%, de acuerdo a las cifras entregadas por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (35).

Finalmente, otro de los indicadores representativos de la salud sexual y reproductiva adolescente corresponde a la violencia sexual. Al revisar las tasas de denuncias de abuso y violación para la población adolescente entre los años 2005 y 2008, se puede observar un aumento sostenido (8).

En consideración a los antecedentes expuestos, resulta evidente que existe una carencia respecto a la evaluación y seguimiento de los resultados de la implementación de la Ley 20.418, y de las políticas ejecutadas en relación a la educación sexual en Chile, tales como los contenidos en sexualidad y afectividad incorporados en el currículum de 6º y 7º básico, 2º y 3º medio, y específicamente los programas de educación en sexualidad y afectividad a los que podían optar los establecimientos educacionales tras la implementación de la Ley. Hasta hoy no se ha realizado una estimación de los efectos que han tenido estas políticas en ciertos indicadores de salud sexual y reproductiva, como embarazo adolescente no deseado, infecciones de transmisión sexual, uso de métodos anticonceptivos y violencia sexual en la población adolescente.

### 3. HIPÓTESIS

Las políticas de educación sexual implementadas en los establecimientos educacionales en Chile, han generado una disminución en las tasas de embarazo, de infecciones de transmisión sexual, VIH y violencia sexual, y un aumento en la cobertura de métodos anticonceptivos, en la población adolescente de la comuna de Concepción desde el año 2010 al 2017.

### 4. OBJETIVOS

**Objetivo General:** Evaluar el impacto de las políticas de educación sexual implementadas en Chile en la salud sexual y reproductiva de la población adolescente de la comuna de Concepción, en el período 2010 – 2017.

**Objetivos Específicos:**

1. Identificar el número y características de los establecimientos educacionales que han implementado programas de educación en sexualidad y afectividad.
2. Describir las intervenciones de educación sexual y su grado de implementación en los establecimientos educacionales.
3. Describir las tasas de embarazo, de cobertura de métodos anticonceptivos, de infecciones de transmisión sexual y VIH, y de violencia sexual, para la población adolescente.
4. Explorar si la implementación de contenidos de educación sexual en la población escolarizada, ha provocado una modificación en indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva en la población adolescente.

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

**Diseño:** El estudio realizado es de tipo cuantitativo observacional y ecológico.

**Población:** La población en estudio correspondió a 84 establecimientos educacionales de la comuna de Concepción e incluyó indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

**Criterios de inclusión:** En el caso de los establecimientos educacionales, se consideró como criterio de inclusión aquellos que fueran reconocidos por el Ministerio de Educación y que hubieran estado en funcionamiento entre los años 2010 y 2017.

Para los indicadores de salud sexual y reproductiva el criterio de inclusión correspondió a la información de la población adolescente en relación a embarazo, cobertura de métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y VIH, y delitos sexuales, entre los años 2010 y 2017.

**Criterios de exclusión:** Se excluyeron aquellos establecimientos que impartían educación especial, para personas jóvenes y adultas, técnico profesional, superior y centros residenciales de protección de la infancia. Para los indicadores de salud sexual y reproductiva se excluyó la información relacionada con población de edades menores a 10 años y mayores de 19 años.

**Muestra:** La muestra correspondió a 72 establecimientos educacionales, de los cuales 51 respondieron la encuesta, y a nacidos vivos de madres adolescentes, cobertura de métodos anticonceptivos en los Centros de Salud Familiar, casos de sífilis, gonorrea y VIH e incidencia de abuso sexual, estupro y violación.

**Variables e instrumento de recogida de información:** Se determinaron las variables correspondientes a la caracterización de los establecimientos y las intervenciones de educación sexual, para lo cual se revisaron bases de datos de páginas web y se realizó una encuesta a los establecimientos (Anexo A).

La encuesta se dividió en tres ítems principales; I Características del establecimiento, II Programas de educación en sexualidad y afectividad y III Información de Educación Sexual. Esta información se obtuvo mediante una entrevista realizada a la persona encargada de implementar la educación sexual en el establecimiento.

Por otra parte se determinaron variables dependientes como las tasas de embarazo, de cobertura de métodos anticonceptivos, y de sífilis, gonorrea y VIH, información que fue obtenida de la Unidad de Bioestadística de la Secretaría Regional Ministerial de Salud Región del Biobío. También se describieron las tasas de violencia sexual, tales como abuso y violación, que se obtuvieron de la Fiscalía Regional del Biobío. También se adquirieron antecedentes de páginas web del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

**Análisis de datos:** Se realizó un análisis descriptivo y se determinaron las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas y por otro lado se calcularon medidas de dispersión y de tendencia central como valor mínimo, máximo y media para las variables cuantitativas, y se determinó el coeficiente de correlación de Pearson. Los datos para la determinación de las variables se recogieron en una planilla de cálculo Excel y el análisis se realizó tanto con éste programa como en el programa estadístico SPSS v 21.0.

**Consideraciones éticas:** Para la determinación de las variables se utilizaron fuentes secundarias como páginas web y estadísticas de instituciones nacionales, y se aplicó una encuesta a los establecimientos educacionales. Por lo tanto, no fue requerida la aprobación de un Comité Ético Científico para llevar a cabo esta investigación.



## 6. RESULTADOS

Los establecimientos educacionales de la comuna de Concepción que cumplieron con los criterios de inclusión correspondieron a un total de 72, de los cuales 51 (71%) participaron en la encuesta, quince (21%) rechazaron participar y seis (8%) no entregaron una respuesta definitiva sobre su intención en participar.

De estos 72 establecimientos seleccionados, 27 correspondieron a establecimientos municipales, de los cuales 24 participaron, mostrando la más alta participación con un 89%. En la categoría de administración delegada se encontraron 4 establecimientos dentro de la comuna, con una participación de 3 establecimientos, es decir, un 75%. Los establecimientos particulares subvencionados eran 32 y participaron 20, correspondientes al 63%. Finalmente, los establecimientos con menor porcentaje de participación dentro de su categoría, fueron los particulares pagados, de los cuales participaron 4 de un total de 9, correspondientes al 44%.

Ahora, al analizar la participación a partir de los 51 establecimientos encuestados, el 47% correspondió a establecimientos municipales, 39% a particulares subvencionados, 8% a particulares pagados y un 6% correspondió a establecimientos de administración delegada.

Las características generales de los establecimientos se describen en la Tabla 1. Como se puede observar, los niveles educativos variaban según la dependencia; los establecimientos municipales y particulares subvencionados eran mayoritariamente de educación básica completa exclusiva o básica y media completa, los de administración delegada eran únicamente de educación media completa y los particulares pagados ofrecían educación básica y media completa.

En relación al sexo de los estudiantes se encontró que la mayoría (86%) correspondió a establecimientos de tipo mixto, seguidos por un 8% de establecimientos sólo de mujeres, un 4% sólo de hombres y un 2% que se

encontraban en la transición de solamente mujeres a mixto. Con respecto a la orientación religiosa, se observó que un 59% tenía orientación laica, un 24% católica, 8% evangélica, seguido por porcentajes menores que señalaron ser adventistas o con orientación cristiana.

**Tabla 6.1. Características generales de los establecimientos educacionales encuestados.**

		<b>MUN</b> n=24 (47%) n (%)	<b>AD</b> n=3 (6%) n (%)	<b>PS</b> n=20 (39%) n (%)	<b>PP</b> n=4 (8%) n (%)	<b>Total</b> n=51 (100%) n (%)
<b>Niveles de Enseñanza</b>	Básica completa	9 (38)	0 (0)	8 (40)	0 (0)	17 (33)
	Básica incompleta	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (2)
	Media completa	3 (13)	3 (100)	1 (5)	0 (0)	7 (14)
	Básica inkompl. Y media compl.	3 (13)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	4 (8)
	Básica y Media completa	9 (38)	0 (0)	9 (45)	4 (100)	22 (43)
<b>Sexo Estudiantes</b>	Mujeres	2 (8)	1 (33)	1 (5)	0 (0)	4 (8)
	Hombres	1 (4)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	2 (4)
	Mixto	21 (88)	2 (67)	17 (85)	4 (100)	44 (86)
	Mujeres/Mixto	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (2)
<b>Orientación Religiosa</b>	Laica	18 (75)	3 (100)	6 (30)	3 (75)	30 (59)
	Cristiana	0 (0)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	2 (4)
	Católica	3 (13)	0 (0)	8 (40)	1 (25)	12 (24)
	Evangélica	3 (13)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	4 (8)
	Adventista	0 (0)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	2 (4)
	Católica y Evangélica	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (2)

Fuente: Elaboración propia. (MUN: Municipal, AD: Administración delegada, PS: Particular subvencionado, PP: Particular pagado).

El total de estudiantes pertenecientes a los 51 establecimientos encuestados correspondió a 26.157 aproximadamente. De éstos, un 44% pertenecían a

establecimientos particulares subvencionados, un 38% a establecimientos municipales, un 12% a establecimientos de administración delegada y un 6% a establecimientos particulares pagados.

En relación al nivel socioeconómico de los estudiantes (Tabla 2), se encontró que los establecimientos municipales y de administración delegada eran de carácter gratuito y presentaban una media de Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE) del 74 y 82% respectivamente. En el caso de los particulares subvencionados las mensualidades iban desde cero a 90 mil pesos con una media de IVE igual al 55%, mientras que los particulares pagados se encontraron en el rango de 160 a 240 mil pesos mensuales y declararon no tener condición de vulnerabilidad entre sus estudiantes. Se determinó que por lo menos un 48% de los estudiantes se encontraban en la condición de vulnerabilidad en los establecimientos encuestados. Estos porcentajes podrían ser mayores, ya que en 8 establecimientos no dieron respuesta a esta pregunta.

**Tabla 6.2. Número de estudiantes, mensualidad y porcentaje de vulnerabilidad en los establecimientos encuestados según dependencia.**

	Establecimientos		Estudiantes		Mensualidad	Media IVE %
	N	(%)	N	(%)		
<b>Municipal</b>	24	(47)	9.825	(38)	Gratuito	74
<b>A. Delegada</b>	3	(6)	3.208	(12)	Gratuito	82
<b>P. Subvencionado</b>	20	(39)	11.522	(44)	\$0 - \$90.000	55
<b>P. Pagado</b>	4	(8)	1.602	(6)	\$160.000 - \$240.000	0

Fuente: Elaboración propia. (IVE: Índice de Vulnerabilidad Escolar).

Se consultó a las personas encargadas de la educación sexual de los establecimientos, sobre las intervenciones de educación sexual ejecutadas, tanto la implementación de contenidos curriculares como programas de educación en sexualidad y afectividad, u otros tipos de intervención. En la Tabla 3 se presenta un resumen general sobre los distintos tipos de

intervenciones de educación sexual que se ejecutaron en los establecimientos. Más adelante, se incluirá información específica sobre cada tipo de intervención. En relación a los contenidos de afectividad y sexualidad introducidos en el currículum de sexto y séptimo básico y primero y segundo medio, se observó un porcentaje de implementación del 51 a 80% en los establecimientos encuestados. Por otra parte, se pudo observar también la ejecución de otros tipos de intervención, como es el caso de iniciativas de educación sexual llevadas a cabo por los mismos establecimientos, encontrándose que una gran mayoría, correspondiente al 80% de los establecimientos, habían instaurado alguna iniciativa propia en educación sexual, excepto los establecimientos particulares pagados, donde sólo un 25% habían incorporado este tipo de iniciativas. También se observó la presencia de asesorías externas, realizadas por instituciones públicas o privadas, con un 84% de implementación en los establecimientos encuestados, siendo significativamente menor para los establecimientos particulares pagados, con un 50%. En el caso de la implementación de los programas de educación en sexualidad y afectividad, se encontró que un 43% de los encuestados, es decir 22 establecimientos, implementaron alguno de los siete programas, observándose un mayor porcentaje de implementación en los establecimientos municipales y particulares subvencionados.

**Tabla 6.3. Intervenciones de educación sexual en los establecimientos encuestados según dependencia.**

		<b>MUN</b> n = 24 n (%)	<b>AD</b> n = 3 n (%)	<b>PS</b> n = 20 n (%)	<b>PP</b> n = 4 n (%)	<b>Total</b> n = 51 n (%)
Contenidos Curriculares	6° Básico	19 (79)	2 (67)	17 (85)	3 (75)	<b>41 (80)</b>
	7° Básico	19 (79)	2 (67)	14 (70)	3 (75)	<b>38 (75)</b>
	2° Medio	12 (50)	3 (100)	10 (50)	3 (75)	<b>28 (55)</b>
	3° Medio	11 (46)	2 (67)	11 (55)	2 (50)	<b>26 (51)</b>
Otras Intervenciones	Iniciativas del establecimiento	19 (79)	3 (100)	18 (90)	1 (25)	<b>41 (80)</b>
	Asesorías externas	21 (88)	3 (100)	17 (85)	2 (50)	<b>43 (84)</b>
Ejecución Programa	NO	10 (42)	3 (100)	14 (70)	2 (50)	<b>29 (57)</b>
	SI	14 (58)	0 (0)	6 (30)	2 (50)	<b>22 (43)</b>

Fuente: Elaboración propia. (MUN: Municipal, AD: Administración delegada, PS: Particular subvencionado, PP: Particular pagado).

Dentro de la encuesta aplicada a los establecimientos, se dedicó un ítem de preguntas específicas sobre la implementación de los programas de educación en sexualidad y afectividad. Como se puede observar en la Tabla 4, el programa con mayor porcentaje de implementación dentro de los establecimientos encuestados, correspondió al “Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS)” del Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián, con un 45%, seguido por el programa “Teen STAR” de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile con un 18%, luego el programa “Aprendiendo a Querer” de la Universidad Católica de la Santísima Concepción con un 14%, seguido por los programas “Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia” de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) y el “Curso de Educación Sexual Integral”, del Dr. Ricardo Capponi (CESI), ambos con una implementación del 9%. También se encontró que en uno de los establecimientos se implementaron dos

programas en diferentes períodos (APROFA y PAS). Los programas “Adolescencia: tiempo de decisiones” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEMERA) y “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)”, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile no fueron implementados por ninguno de los establecimientos.

Al analizar la relación entre la dependencia y orientación religiosa de los establecimientos y los distintos programas, encontramos que el PAS (USS) y el programa desarrollado por APROFA, fueron implementados sólo por establecimientos municipales de orientación principalmente laica. El programa Aprendiendo a Querer (UCSC) se implementó sólo por particulares subvencionados de orientación católica, el TeenStar (PUC) tanto por particulares subvencionados como pagados en su mayoría católicos y el CESI (Dr. Capponi) por un establecimiento municipal y un particular subvencionado laico y católico, respectivamente.

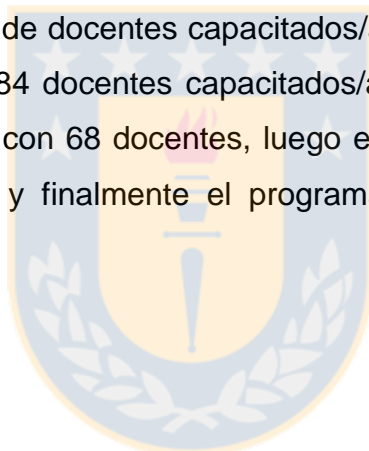
**Tabla 6.4. Implementación de los programas de educación en sexualidad y afectividad en los establecimientos encuestados según dependencia.**

	<b>MUN</b> n = 14 n (%)	<b>AD</b> n = 0 n (%)	<b>PS</b> n = 6 n (%)	<b>PP</b> n = 2 n (%)	<b>Total</b> n = 22 n (%)
PAS	10 (71)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>10 (45)</b>
Teen STAR	0 (0)	0 (0)	2 (33)	2 (100)	<b>4 (18)</b>
Apr. A Querer	0 (0)	0 (0)	3 (50)	0 (0)	<b>3 (14)</b>
APROFA	2 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>2 (9)</b>
CESI	1 (7)	0 (0)	1 (17)	0 (0)	<b>2 (9)</b>
APROFA y PAS	1 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (5)</b>
CEMERA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>0 (0)</b>
PASA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>0 (0)</b>

Fuente: Elaboración propia. (MUN: Municipal, AD: Administración delegada, PS: Particular subvencionado, PP: Particular pagado).

Se consultó también sobre la forma de financiamiento del programa (Tabla 5), encontrándose que variaban de un programa a otro. El programa PAS fue financiado principalmente por fondos municipales o provenientes de la Dirección de Administración de Educación de la Municipalidad de Concepción (DAEM), el Teen STAR fue financiado por Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) del Gobierno de Chile y también por el sostenedor del establecimiento. El programa de APROFA fue financiado por fondos municipales y becas del mismo programa, el Aprendiendo a Querer mayormente por fondos Subvención Escolar Preferencial (SEP) y también por el sostenedor del establecimiento. En el caso de CESI, los encuestados no respondieron o no sabían sobre el método de financiamiento.

En relación al número de docentes capacitados/as, la mayor cifra fue para el programa PAS, con 284 docentes capacitados/as, seguido por el programa Aprendiendo a querer con 68 docentes, luego el programa de APROFA con 33, TeenStar con 21 y finalmente el programa CESI con siete docentes capacitados/as.



**Tabla 6.5. Formas de financiamiento y número de docentes capacitados por los programas de educación en sexualidad implementados en los establecimientos.**

		<b>PAS</b> n = 11 n (%)	<b>Teen STAR</b> n = 4 n (%)	<b>APROFA</b> n = 3 n %	<b>Apr. A querer</b> n = 3 n (%)	<b>CESI</b> n = 2 n (%)
<b>Financiamiento del programa</b>	Municipal o DAEM	9 (82)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
	Fondos SEP	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (67)	0 (0)
	SENCE	0 (0)	2 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Sostenedor o fondos propios	0 (0)	1 (25)	0 (0)	1 (33)	0 (0)
	Beca programa	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
	NS/NR	2 (18)	1 (25)	1 (33)	0 (0)	2 (100)
<b>Número de docentes capacitados</b>		284 (69)	21 (5)	33 (8)	68 (16)	7 (2)

Fuente: Elaboración propia. (DAEM: Dirección de Administración de Educación de la Municipalidad de Concepción, SEP: Subvención Escolar Preferencial, SENCE: Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, NS/NR: No Sabe/No Responde).

Se consultó también por el cumplimiento de las actividades u objetivos que especifica cada programa. En la tabla 6, se describen los porcentajes de cumplimiento en los establecimientos que los implementaron. Se encontró que el programa desarrollado por APROFA mostró un nivel de cumplimiento alto para casi todas las actividades especificadas, menos en la realización de actividades vivenciales, con un 67% y en evaluación con un 33%.

El programa PAS cumplió con lo especificado en la mayoría de los establecimientos, excepto en el ítem de incentivo de trabajo en el hogar, donde sólo fue realizado en el 55% de los establecimientos.

En el caso del programa Aprendiendo a Querer, se encontró cumplimiento en todos los establecimientos para tres de las actividades especificadas, pero la evaluación fue ejecutada en el 67% de los establecimientos y los ítems de



uso de material didáctico e implementación de una propuesta de intervención no se ejecutó en ninguno de los establecimientos.

El programa Teen STAR se mostró deficiente en la mayoría de los ítems, excepto en el uso de material didáctico que fue aplicado en todos los establecimientos y en la realización de actividades con estudiantes, con un 75% de ejecución.

Finalmente, para el programa CESI se observó que el porcentaje de establecimientos donde se cumplió con las actividades especificadas fue de un 50% para la mayoría de los ítems, y en el caso de la dramatización de casos reales y en el seminario presencial a estudiantes, estas no fueron ejecutadas.

**Tabla 6.6. Porcentaje de cumplimiento de actividades de los programas de educación en sexualidad y afectividad en los establecimientos.**

		CUMPLE %	NO CUMPLE %	N.S./N.R. %
<b>APROFA</b>	Desarrollo de 5 módulos	100	0	0
	Realización de actividades educativas	100	0	0
	Realización de actividades vivenciales	67	33	0
	Uso de material educativo	100	0	0
	Evaluación Programa	33	67	0
	<b>Media</b>	<b>80</b>	<b>20</b>	<b>0</b>
<b>PAS</b>	Capacitación anual	82	9	9
	Desarrollo de 4 módulos	91	0	9
	Uso de libros	73	18	9
	Charla informativa a padres	91	0	9
	Incentivo de trabajo en casa	55	36	9
	Capacitación a docentes 1er año	73	18	9
	Seguimiento por dos años	73	18	9
	Evaluación Programa	64	27	9
<b>Media</b>	<b>75</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	
<b>Aprend. a querer</b>	Desarrollo de 12 temas	100	0	0
	Uso de libros	100	0	0
	Uso de material didáctico	0	67	33
	Apoyo y guía a padres	100	0	0
	Implementación propuesta intervención	0	100	0
	Evaluación Programa	67	33	0
	<b>Media</b>	<b>61</b>	<b>33</b>	<b>6</b>

<b>Teen STAR</b>	Desarrollo 14 temas	50	50	0
	Uso de material didáctico	100	0	0
	Talleres de consejería	25	50	25
	Actividades con padres y apoderados	50	50	0
	Actividades con estudiantes	75	25	0
	Seguimiento	50	50	0
	Evaluación Programa	50	50	0
	<b>Media</b>	<b>57</b>	<b>39</b>	<b>4</b>
<b>CESI</b>	Uso material pedagógico	50	50	0
	40 video charlas	50	50	0
	40 textos on-line	50	50	0
	Uso libro de apoyo	50	50	0
	Dramatización casos reales	0	100	0
	6 cuestionarios interactivos	50	50	0
	Seminario presencial a estudiantes	0	50	50
	Acceso plataforma web	50	50	0
	Acceso consultorio CESI	50	50	0
	Evaluación Programa	50	50	0
	<b>Media</b>	<b>40</b>	<b>55</b>	<b>5</b>

Fuente: Páginas web APROFA<sup>22</sup>, PAS<sup>24</sup>, Aprend. a querer<sup>25</sup>, Teen STAR<sup>21</sup> y CESI<sup>26</sup>.

De esta forma, el programa que mostró el mayor porcentaje de cumplimiento con las actividades que especificaba, fue el programa desarrollado por APROFA con una media de 80% de cumplimiento, seguido por el programa PAS con un 75%, luego el Aprendiendo a Querer con un 61%, Teen STAR con un 57% y finalmente el programa CESI, con el menor porcentaje de cumplimiento (40%) entre todos los programas ejecutados en los distintos establecimientos.

La información de educación sexual que se recolectó en el ítem III de la encuesta, buscaba caracterizar iniciativas o intervenciones de educación sexual desarrolladas dentro del establecimiento. En primera instancia se consultó sobre el personal encargado de realizar la educación sexual a los/as estudiantes (Tabla 7), encontrándose el porcentaje más alto (59%) para los/as profesores/as encargados/as de la jefatura del curso con actividades realizadas durante la hora de orientación (36), seguido por el/la profesor/a de biología con un 53%, luego por el/as orientador/a con un 27%, profesor/a de filosofía con un 24%, y en porcentajes menores (10 a 2%) por otro personal o

equipos del establecimiento. También se debe destacar que los establecimientos municipales y particulares subvencionados fueron los que presentaron mayor número y diversidad de personal encargado de estos contenidos, por sobre los establecimientos de administración delegada y particulares pagados. Al consultar si el personal habría recibido capacitación para llevar a cabo la educación sexual, se encontró que solo se habían capacitado en los establecimientos con programa, es decir, en un 43%.

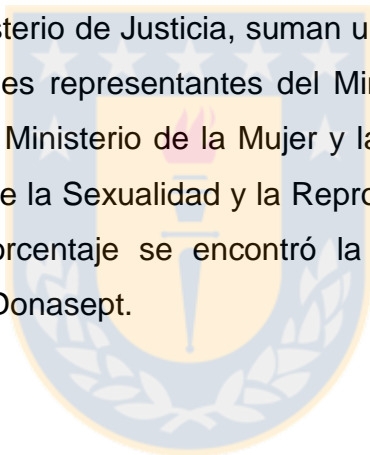
**Tabla 6.7. Personal encargado de desarrollar contenidos de educación sexual en los establecimientos según dependencia.**

	<b>MUN</b> <b>n=24</b>	<b>AD</b> <b>n=3</b>	<b>PS</b> <b>n=20</b>	<b>PP</b> <b>n=4</b>	<b>Total</b> <b>n=51</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Profesor Jefe	13 (54)	0 (0)	15 (75)	2 (50)	<b>30 (59)</b>
Profesor de biología	14 (58)	0 (0)	11 (55)	2 (50)	<b>27 (53)</b>
Orientador	4 (17)	1 (33)	9 (45)	0 (0)	<b>14 (27)</b>
Profesor de filosofía	7 (29)	0 (0)	4 (20)	1 (25)	<b>12 (24)</b>
Psicólogo	4 (17)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	<b>5 (10)</b>
Convivencia escolar	1 (4)	1 (33)	1 (5)	2 (50)	<b>5 (10)</b>
Equipo psicosocial	3 (13)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	<b>4 (8)</b>
Equipo Docente	1 (4)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	<b>3 (6)</b>
Asistente social	1 (4)	1 (33)	1 (5)	0 (0)	<b>3 (6)</b>
Jefe UTP – UTP	0 (0)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	<b>2 (4)</b>
Profesor Religión – Capellán	1 (4)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	<b>2 (4)</b>
Equipo multidisciplinario	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (2)</b>
Matrón(a)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (2)</b>
Profesor de educación física	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	<b>1 (2)</b>

Fuente: Elaboración propia. (MUN: Municipal, AD: Administración delegada, PS: Particular subvencionado, PP: Particular pagado).

Como se mencionó anteriormente, algunos de los establecimientos recibieron asesorías externas por parte de personal de salud o instituciones. En la Tabla 8 se presentan las asesorías, desglosadas por dependencia de

los establecimientos, totales y porcentaje, encontrándose que el mayor porcentaje corresponde a la asesoría desarrollada por matronas/es con un 65% dentro de los establecimientos encuestados, seguido por enfermeras/os con un 49%, luego por CESFAM con un 39%, estudiantes universitarios/as del área de la salud con un 29% y psicólogos/as con un 24%. Los siguientes porcentajes van desde un 18 a 2%, donde tres instituciones dependientes del Ministerio del Interior; Carabineros, Policía de Investigaciones (PDI) y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), suman un 34% de cobertura. Por otra parte, la Oficina de Protección de Derechos de Infancia (OPD), el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Centro de Atención Integral de Víctimas (CAVI), dependientes del Ministerio de Justicia, suman un 22%. En menor porcentaje se encuentran entidades representantes del Ministerio Público, como es el caso de Fiscalía y del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género con el Programa Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción, ambos con un 4%. También con este porcentaje se encontró la asesoría de una empresa privada, en este caso Donasept.



**Tabla 6.8. Asesorías externas de educación sexual en los establecimientos según dependencia.**

		<b>MUN</b> n = 24 n (%)	<b>AD</b> n = 3 n (%)	<b>PS</b> n = 20 n (%)	<b>PP</b> n = 4 n (%)	<b>Total</b> n = 51 n (%)
<b>Asesoría externa de personal de salud</b>	Matrón(a)	16 (67)	2 (67)	13 (65)	2 (50)	<b>33 (65)</b>
	Enfermera(o)	12 (50)	3 (100)	9 (45)	1 (25)	<b>25 (49)</b>
	Estudiantes	7 (29)	3 (100)	5 (25)	0 (0)	<b>15 (29)</b>
	Psicólogo(a)	4 (17)	1 (33)	6 (30)	1 (25)	<b>12 (24)</b>
	Médico	4 (17)	0 (0)	3 (15)	2 (50)	<b>9 (18)</b>
<b>Asesoría externa de Instituciones</b>	CESFAM	13 (54)	0 (0)	7 (35)	0 (0)	<b>20 (39)</b>
	OPD	7 (29)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	<b>9 (18)</b>
	Carabineros	6 (25)	1 (33)	0 (0)	0 (0)	<b>7 (14)</b>
	PDI	4 (17)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	<b>5 (10)</b>
	SENDA	4 (17)	1 (33)	0 (0)	0 (0)	<b>5 (10)</b>
	Fiscalía	2 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>2 (4)</b>
	Prog. Buen vivir	1 (4)	1 (33)	0 (0)	0 (0)	<b>2 (4)</b>
	Donasept	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	<b>2 (4)</b>
	SENAME	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (2)</b>
	CAVI	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	<b>1 (2)</b>

Fuente: Elaboración propia. (MUN: Municipal, AD: Administración delegada, PS: Particular subvencionado, PP: Particular pagado, CESFAM: Centro de Salud Familiar, OPD: Oficina de Protección de Derechos de la Infancia, PDI: Policía de Investigaciones, SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENAME: Servicio Nacional de Menores, CAVI: Centro de Atención Integral de Víctimas).

Se consultó a los establecimientos sobre los contenidos de educación sexual implementados, y tal como se observa en la Tabla 9, la temática más desarrollada fue autocuidado y conociendo mi cuerpo con un 39%, seguida por los contenidos relacionados con infecciones de transmisión sexual y violencia sexual y/o de género, ambos con un 37%. La prevención del embarazo tuvo una implementación de un 33% y el uso de métodos anticonceptivos y afectividad son los siguientes en orden de importancia con un 31%, seguidos por género y diversidad sexual con un 25%, y sexualidad,

biología y etapas del ciclo vital ambas con un 24%. Otros contenidos mencionados por los establecimientos encuestados fueron educación en valores y familia, autoestima y derechos sexuales y reproductivos, con menores índices de implementación, entre un 12 y 2%.

**Tabla 6.9. Contenidos de educación sexual implementados en los establecimientos según dependencia.**

	<b>MUN</b> n=24 n (%)	<b>AD</b> n=3 n (%)	<b>PS</b> n=20 n (%)	<b>PP</b> n=4 n (%)	<b>Total</b> n=51 n (%)
Autocuidado – Conociendo mi cuerpo	10 (42)	1 (33)	8 (40)	1 (25)	<b>20 (39)</b>
Infecciones de transmisión sexual	8 (33)	2 (67)	8 (40)	1 (25)	<b>19 (37)</b>
Violencia sexual y/o de género	7 (29)	2 (67)	9 (45)	1 (25)	<b>19 (37)</b>
Prevención embarazo adolescente	9 (38)	2 (67)	5 (25)	1 (25)	<b>17 (33)</b>
Uso de métodos anticonceptivos	7 (29)	2 (67)	6 (30)	1 (25)	<b>16 (31)</b>
Afectividad	8 (33)	1 (33)	6 (30)	1 (25)	<b>16 (31)</b>
Género – Diversidad sexual	4 (17)	2 (67)	6 (30)	1 (25)	<b>13 (25)</b>
Sexualidad	7 (29)	1 (33)	4 (20)	0 (0)	<b>12 (24)</b>
Biología – Etapas ciclo vital	5 (21)	0 (0)	6 (30)	1 (25)	<b>12 (24)</b>
Educación en valores – Familia	1 (4)	0 (0)	5 (25)	0 (0)	<b>6 (12)</b>
Autoestima	3 (13)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	<b>5 (10)</b>
Derechos sexuales y reproductivos	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (2)</b>

Fuente: Elaboración propia. (MUN: Municipal, AD: Administración delegada, PS: Particular subvencionado, PP: Particular pagado).

Se analizaron las intervenciones de educación sexual implementadas desde el año 2001 hasta el 2017 en los establecimientos encuestados, considerando como intervenciones los contenidos curriculares, las iniciativas de educación sexual ejecutadas por el mismo establecimiento y los programas de educación en sexualidad y afectividad (Tabla 10). Se observó que el 47% de los establecimientos encuestados habrían incorporado los contenidos curriculares a partir del año 2001, aumentando a un 65% desde el

2009 y a un 80% desde el 2014. En el caso de las iniciativas realizadas por el mismo establecimiento, se observa un aumento sostenido desde un 8% en el año 2001, llegando a un 80% de los establecimientos a partir del año 2016. Por su parte, los programas de educación en sexualidad comienzan a ejecutarse desde el año 2009 en un 4% de los establecimientos, aumentando a un 18% el 2012 y alcanzando un máximo de implementación el 2014 con un 33% de los establecimientos encuestados. Luego comienza a descender llegando a un 6% el 2017.



**Tabla 6.10. Porcentaje de implementación de intervenciones de educación sexual entre los años 2001 y 2017, en los establecimientos encuestados.**

<b>Año</b>	<b>Contenidos curriculares %</b>	<b>Iniciativa del establecimiento %</b>	<b>Programa ed. en sexualidad %</b>
2001	47	8	0
2002	47	8	0
2003	49	8	0
2004	49	8	0
2005	49	22	0
2006	49	22	0
2007	49	22	0
2008	49	22	0
2009	65	22	4
2010	65	22	4
2011	65	22	6
2012	78	41	18
2013	78	41	29
2014	80	41	33
2015	80	65	18
2016	80	80	14
2017	80	80	6

Fuente: Elaboración propia.

Con el objetivo de observar una relación entre las intervenciones de educación sexual ejecutadas en los establecimientos, con indicadores la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente, se analizaron distintas variables, una de las cuales fue determinar el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes del total de nacidos vivos entre los años 2010 y 2017 de la comuna de Concepción. Como se puede ver en la Tabla 11, el



porcentaje de nacidos vivos totales de madres adolescentes fue disminuyendo desde el año 2010 al 2017, de un 11,7% a un 3,9% respectivamente, y en el caso de los nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años el porcentaje es bastante menor con un 0,4% para el 2011 y sin casos para el año 2017 en la comuna de Concepción. Cabe mencionar que la información de los años 2016 y 2017 corresponde a datos preliminares.

**Tabla 6.11. Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes del total de nacidos vivos en la comuna de Concepción, años 2010-2017.**

<b>Años</b>	<b>Nacidos vivos madres 10-14 años %</b>	<b>Nacidos vivos madres 15-19 años %</b>	<b>Total nacidos vivos madres adolescentes %</b>
<b>2010</b>	0,2	11,5	<b>11,7</b>
<b>2011</b>	0,4	10,4	<b>10,9</b>
<b>2012</b>	0,1	10,0	<b>10,2</b>
<b>2013</b>	0,2	10,0	<b>10,1</b>
<b>2014</b>	0,2	7,7	<b>7,9</b>
<b>2015</b>	0,3	6,7	<b>7</b>
<b>2016</b>	0,1	5,2	<b>5,3</b>
<b>2017</b>	0,0	3,9	<b>3,9</b>

Fuente: Unidad de Bioestadística de la Secretaría Regional Ministerial de Salud región del Biobío.  
La información de los años 2016 y 2017 corresponde a datos preliminares.

Otra de las variables analizadas fue la cobertura de métodos anticonceptivos, de los cuales se obtuvieron datos desde el año 2010 hasta el 2015 (Tabla 12), ya que las estadísticas del 2016 al 2017 no se encontraban disponibles al finalizar este estudio.

Se observó que la población adolescente bajo control de la fertilidad en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Concepción fueron mayoritariamente mujeres, donde el método más utilizado fueron los anticonceptivos hormonales, con porcentajes que iban en aumento, de un 71% el año 2010 hasta un 92% el año 2015. El uso de dispositivos

intrauterinos (DIU) presentó un porcentaje menor y fue disminuyendo desde un 19% a un 2% en los mismos años. La utilización de preservativo también presentó un porcentaje menor, que fue bajando de un 11% a un 5%, aunque su entrega se realizó tanto a hombres como a mujeres.

**Tabla 6.12. Porcentaje de cobertura de métodos anticonceptivos en la población adolescente bajo control de fertilidad en los Centros de Salud Familiar en la comuna de Concepción, años 2010-2015.**

Años	Hormonal %	DIU %	Preservativo %
2010	71	19	11
2011	81	10	9
2012	85	7	8
2013	87	6	7
2014	89	4	6
2015	92	2	5

Fuente: Unidad de Bioestadística de la Secretaría Regional Ministerial de Salud región del BíoBío.

Al analizar la incidencia de ITS, específicamente sífilis, gonorrea y VIH en la población adolescente (Tabla 13), se encontraron coincidentemente los porcentajes más altos en el año 2011 para las tres condiciones. Posteriormente, en el caso de sífilis, los porcentajes se mantuvieron relativamente estables entre un 4 y un 5%, pero para gonorrea y VIH los porcentajes se mostraron variables con un aumento para el año 2017, llegando a un 15% en el caso de gonorrea y a un 6% en el caso de VIH.

**Tabla 6.13. Porcentaje de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente del total de población con infecciones de transmisión sexual en la comuna de Concepción, años 2010-2017.**

<b>Años</b>	<b>Sífilis %</b>	<b>Gonorrea %</b>	<b>VIH %</b>
<b>2010</b>	3	16	5
<b>2011</b>	15	21	9
<b>2012</b>	10	16	3
<b>2013</b>	5	11	3
<b>2014</b>	6	7	2
<b>2015</b>	4	10	5
<b>2016</b>	4	5	3
<b>2017</b>	5	15	6

Fuente: Unidad de Bioestadística de la Secretaría Regional Ministerial de Salud región del Biobío.

La última de las variables relacionadas con la salud sexual y reproductiva adolescente, correspondió a la incidencia de violencia sexual, encontrándose delitos que se pueden agrupar en tres categorías principales, como se puede distinguir en la Tabla 14. El que presentó la mayor incidencia fue el abuso sexual, donde las tasas más altas ocurrieron en el año 2012 y luego en 2016 y 2017 alcanzando un 6,9 por cada 1.000 adolescentes. El delito de estupro es el que presentó las tasas más bajas, con un máximo de 0,7 entre los años 2015 y 2016. Por su parte, las tasas de violación fueron variables entre estos años, alcanzando un máximo el año 2016 con un 1,6. Al revisar la incidencia total de violencia sexual adolescente, se observó un aumento en el tiempo, registrándose una tasa de 4,1 el 2010 la que llegó a duplicarse para el 2018, con una tasa de 8,4.

**Tabla 6.14. Tasas de violencia sexual adolescente por cada 1000 habitantes entre 10 y 19 años de la comuna de Concepción, años 2010-2017.**

<b>Años</b>	<b>Abuso sexual</b>	<b>Estupro</b>	<b>Violación</b>	<b>Total</b>
<b>2010</b>	3,0	0,2	0,9	<b>4,1</b>
<b>2011</b>	4,5	0,3	1,1	<b>5,9</b>
<b>2012</b>	6,1	0,4	1,1	<b>7,5</b>
<b>2013</b>	5,0	0,6	0,9	<b>6,5</b>
<b>2014</b>	5,8	0,6	1,1	<b>7,4</b>
<b>2015</b>	5,1	0,7	0,8	<b>6,6</b>
<b>2016</b>	6,1	0,7	1,6	<b>8,4</b>
<b>2017</b>	6,9	0,4	1,0	<b>8,4</b>

Fuente: Fiscalía Regional del Biobío.

Al analizar si existe alguna correspondencia entre las distintas variables de salud sexual y reproductiva, observamos que hay una relación entre el aumento de la población con cobertura de métodos anticonceptivos hormonales de los CESFAM, y la disminución del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes, con un coeficiente de correlación de Pearson igual a -0,87.

Otra relación que se pudo reconocer, fue entre el porcentaje de establecimientos con iniciativas de educación sexual, específicamente contenidos curriculares e iniciativas propias del establecimiento, y las tasas de violencia sexual en la población adolescente, resultando una correlación de Pearson igual a 0,8.

## 7. DISCUSIÓN

En este estudio se realizó una caracterización de las intervenciones de educación sexual ejecutadas en 51 establecimientos educacionales encuestados en la comuna de Concepción, y conjuntamente se analizaron indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre los años 2010 y 2017.

Al analizar la distribución de los establecimientos según dependencia en la comuna de Concepción, vemos que esta difiere levemente de la observada a nivel de país. En efecto, según datos del año 2016 (37), el 50% de los establecimientos en Chile corresponden a particulares subvencionados, mientras que en la comuna de Concepción estos alcanzarían un 44%, pero en nuestra investigación tienen una representación de un 39%. Para los establecimientos municipales la representación a nivel nacional es de un 44%, en Concepción llega a un 38% y la participación en este estudio fue de un 47%. En el caso de los establecimientos particulares pagados, en Chile tienen una cobertura del 5%, y en la comuna de Concepción llega a un 13%, con una participación de un 8% en el presente estudio. Finalmente, los establecimientos de administración delegada tienen una presencia del 1% en nuestro país, y en Concepción esta llega a un 5%, con un porcentaje de 6% dentro de los establecimientos encuestados. De esta forma, vemos que los porcentajes de participación según dependencia en este estudio, son relativamente cercanos a los porcentajes a nivel nacional, con lo que podrían ser representativos de lo que ocurre en Chile, pero se debe tener en cuenta, que en el caso de los establecimientos particulares pagados sólo participaron cuatro de un total de nueve, y por lo tanto en este caso, no resulta tan representativo de la realidad de la comuna de Concepción.

La gran mayoría de los establecimientos encuestados correspondieron al tipo mixto, lo que concuerda con lo observado a nivel nacional (38). En los últimos años se ha debatido sobre la conveniencia o no de educar en

establecimientos segregados por sexo. Por un lado, se ha argumentado que en los establecimientos segregados, el desempeño académico mejoraría especialmente en el caso de las mujeres, aumentando sus probabilidades de continuar estudios. Por el contrario, también se ha sostenido, que en los establecimientos mixtos los/as docentes favorecerían la atención a los hombres, pero que se disminuirían los estereotipos de género y se fomentaría la equidad (39-41).

Los estudios, tanto nacionales como internacionales, muestran también resultados diversos, indicando ventajas y desventajas para los/as estudiantes, en el ámbito académico y de convivencia, en establecimientos de ambos tipos (38,42-44). Un meta-análisis publicado en el año 2014, indica que en términos generales, no habría grandes diferencias que aventajaran a un tipo de establecimiento por sobre otro, que no se generarían desigualdades sustanciales en el rendimiento académico de mujeres y hombres para ambos tipos de establecimiento, y que la auto-percepción de las mujeres no sería mejor en los establecimientos segregados, pero que los estereotipos de género serían más fomentados en establecimientos de un solo sexo (45).

Otro aspecto relevante a considerar es la inclusión, ya que los establecimientos segregados establecen una categorización binaria de sexo y género, basada en la heteronormatividad que no se adaptaría al concepto de diversidad de sexo, género y orientación sexual (46), lo cual debiese ser explorado en futuras investigaciones. Por lo visto, el beneficio de un tipo de establecimiento u otro podría seguir siendo discutido, aunque finalmente, la decisión sobre a cuál de ellos asiste un/a estudiante sigue siendo facultad de la familia. En el caso de los sectores socioeconómicos más bajos, la matrícula se genera principalmente en establecimientos municipales, mayoritariamente mixtos.

De acuerdo a las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2017, la población adolescente sería cercana a 30

mil en la comuna de Concepción (47). Los/as estudiantes de los establecimientos encuestados fueron cerca de 26 mil, pero en esta cifra están incluidos/as estudiantes de todas las edades y también aquellos/as que residen a otras comunas. A pesar de ello, podríamos deducir que se ha considerado una parte representativa de la población adolescente de la comuna de Concepción.

De los/as estudiantes pertenecientes a los establecimientos encuestados, al menos un 48% se encontraba en condición de vulnerabilidad, según la categorización del índice de vulnerabilidad escolar (IVE). Para la construcción de este índice se consideran variables como la escolaridad de los padres del/de la estudiante, el ingreso mensual del hogar y el riesgo de fracaso escolar (48). Ya que los/as estudiantes pertenecientes a este grupo asisten mayoritariamente a establecimientos municipales, podemos inferir que las políticas públicas que se implementen afectarán más directamente a esta población, que tiene menos posibilidades de elegir el tipo de establecimiento al que ingresan.

En relación con los programas de educación en sexualidad y afectividad, encontramos que el programa implementado en más establecimientos, tanto a nivel general como específicamente en los municipales, fue el Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS) de la Universidad San Sebastián, financiado con fondos municipales y de la Dirección de Administración de Educación de la Municipalidad de Concepción (DAEM). Este programa fue cuestionado en el año 2012, debido a que en sus contenidos de enseñanza describía a la homosexualidad y al lesbianismo como un trastorno de la identidad sexual (49), lo cual iría en contra de la Ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación, más conocida como “Ley Zamudio”, y que fue promulgada en julio del 2012 (50). Este contenido fue retirado posteriormente del programa, según lo indicado por la misma Universidad San Sebastián (51).

Entre los siete programas puestos a disposición por el Ministerio de Educación, tres son ofertados por universidades de filiación católica y presentan una orientación más conservadora o tradicional de la sexualidad (49). Uno de ellos, es el PAS, otro es el programa Teen STAR de la Universidad Católica de Chile y el tercero es el Aprendiendo a Querer de la Universidad Católica de la Santísima Concepción. Estos tres programas tuvieron los mayores porcentajes de implementación en la comuna, sumando un 77%. Uno de los criterios utilizados para la selección de los siete programas de educación en sexualidad, fue que tuvieran un discurso a favor de la postergación del inicio de la actividad sexual de los/as jóvenes (19), lo que concuerda con contenidos integrados en estos programas, como por ejemplo, los que fomentan la abstinencia sexual en los/as adolescentes. Se ha reportado que los programas enfocados en la abstinencia como método para prevenir el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual, a menudo no lo consiguen, sobre todo cuando se ofrece sólo este método como opción (52), como ha sido el caso de las políticas de “Abstinence-Only Education” (AOE) de muchos programas de educación sexual en Estados Unidos. En efecto, según un estudio publicado el 2011, estas iniciativas no ayudarían a prevenir, si no que podrían contribuir a aumentar el embarazo adolescente en Estados Unidos, país que presentó las mayores tasas de embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual dentro de los países desarrollados (53).

Otro factor a destacar en relación a los programas, es el cumplimiento de las actividades especificadas, encontrándose que el programa dictado por APROFA, mostró el nivel más satisfactorio de cumplimiento, aunque sólo fue implementado en dos establecimientos de un total de 22. Por su parte, el programa PAS, que fue el más implementado, cumplió en promedio con un 75% de las actividades y los otros programas presentaron porcentajes menores de cumplimiento. Ya que estos programas son ofrecidos por instituciones independientes del Estado, como un modelo de servicio



externo, pero a la vez son financiados mayormente por fondos del Estado, sería necesario aplicar algún tipo de fiscalización con el fin de asegurar que, efectivamente, se ejecuten las actividades especificadas. Se ha sugerido, por ejemplo, que el gobierno implemente por la vía ministerial, procesos de monitoreo y rendición de cuentas para los programas (54).

Una situación similar se pudo observar con la incorporación de los contenidos curriculares en sexualidad, los que fueron incluyéndose en diferentes niveles educativos en los años 2001, 2009 y 2012, pero que al año 2017 no se habían ejecutado en la totalidad de los establecimientos encuestados.

Uno de los compromisos adoptados el año 2008 en la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, fue reducir para el año 2015 en un 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación que no hubieran institucionalizado la educación integral en sexualidad (17). Sin embargo, según la evaluación presentada el año 2015, en Chile el porcentaje de avance habría llegado sólo a un 27%, siendo el más bajo de Latinoamérica después de Panamá. Al respecto, el promedio de avance en América Latina llegó a un 60% (55).

Entre las especificaciones mencionadas en Declaración Ministerial, está como requisito, la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, tanto en la formación docente de grado, así como en la formación continua y en las evaluaciones de los/as docentes. En este estudio, encontramos que sólo los/as docentes capacitados/as por los programas habían recibido formación en esta área, es decir, en el 43% de los establecimientos encuestados.

Ya en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, se menciona que las personas que brindan orientación a los/as adolescentes en materia de sexualidad, debieran recibir capacitación (9). En América Latina, los programas de educación sexual coinciden en que la capacitación de los/as docentes es fundamental

para el logro de los objetivos que se proponen (56), ya que son los/as docentes, quienes realizan la formación de niños, niñas y adolescentes. Una de las prioridades debe ser, por lo tanto, el fortalecimiento de las habilidades de los/as docentes, así como una formación adecuada en estos contenidos, no hacerlo, puede constituir uno de los principales obstáculos para el éxito de los programas (57).

Entre las iniciativas de educación sexual llevadas a cabo en los establecimientos encuestados, se encontró la participación de actores y/o instituciones externas al establecimiento, destacándose la participación de personal de salud proveniente de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna. También se observaron asesorías externas de otras instituciones del estado, dependientes de distintos Ministerios, las que evidencian que se han iniciado propuestas de educación sexual desde diversos frentes y con distintos enfoques. De acuerdo a las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en inglés UNESCO), la asociación de cursos escolares y servicios de salud puede ser muy efectiva, ya que: *“los programas escolares pueden aprovechar los conocimientos especializados del sector sanitario, compartir recursos, difundir mensajes complementarios y fomentar el uso de los servicios de salud”* (13). También, en la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” se enfatizaba la necesidad de una alianza estratégica entre el sector salud y el sector educación para lograr las metas propuestas (17). Estas iniciativas se encontrarían en concordancia con las recomendaciones de la Evaluación de la Declaración Ministerial, que mencionan la importancia de promover un compromiso de los Ministerios de Salud, Educación, Justicia y el Servicio Nacional de la Mujer para la ejecución de la Ley 20.418 (55). No obstante, sería recomendable que exista un trabajo coordinado entre estas instituciones y que se genere una programación estable y permanente de las intervenciones realizadas.

Otro punto a destacar, que fue revelado en este estudio, correspondió a las iniciativas en educación sexual instauradas por el propio establecimiento, las que abarcaban el 80% de los establecimientos encuestados. Esto evidencia el interés de los establecimientos y la motivación del personal por abordar este tema, más allá de las normativas promulgadas por el Ministerio de Educación. En cualquier caso, estas intervenciones debiesen estar construidas sobre un marco básico común para todos los establecimientos, donde también se resguarde la permanencia en el tiempo.

En relación a los contenidos de sexualidad, se debe señalar que ninguno de los temas tuvo una incorporación en la totalidad de los establecimientos, sin llegar siquiera al 50%. Esto da cuenta de la diversidad de enfoques o visiones de cada establecimiento, no encontrándose una línea de base común que se aplique como estándar.

Al revisar las iniciativas internacionales, encontramos que en Estados Unidos la incorporación de contenidos es variable entre los distintos estados, enfocándose principalmente en temas como métodos anticonceptivos, abstinencia, la importancia del sexo sólo dentro del matrimonio, la orientación sexual y las consecuencias negativas de las relaciones sexuales en los/as adolescentes (58).

En el caso de Europa, la Organización Mundial de la Salud emitió un documento en el año 2010, con los estándares de educación sexual, que considera la formación en sexualidad desde los primeros años de vida, incorporando contenidos como el cuerpo humano, fertilidad y reproducción, sexualidad, emociones, relaciones y estilos de vida, salud y bienestar, derechos y determinantes sociales y culturales de la sexualidad (59), todos ellos enfocados y adaptados a cada etapa del desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

Otro de los objetivos de esta investigación fue describir indicadores relevantes de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente de la comuna de Concepción. Uno de ellos fue el porcentaje de nacidos vivos de

madres adolescentes en relación al total de nacidos vivos de la comuna, el cual disminuyó a un tercio desde el 2010 al 2017, y llegó a cero en el caso de las madres entre 10 y 14 años. Esto muestra un avance positivo en la comuna, más aún al compararlas con el porcentaje a nivel nacional, que fue de un 9,1% en el año 2016 (47).

Otro de los indicadores analizados fue el uso de métodos anticonceptivos, específicamente la cobertura en la población adolescente bajo control de fertilidad en los Centros de Salud Familiar, encontrándose que los anticonceptivos hormonales aumentaron su cobertura, llegando a un 92%. Sin embargo, disminuyó considerablemente el uso de dispositivos intrauterinos y preservativos. Este último dato debiese generar preocupación, ya que el preservativo no sólo puede ayudar a prevenir el embarazo adolescente, sino también la transmisión de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, cuando es usado permanente y correctamente (60). Por otra parte, estas cifras indican que la responsabilidad de la anticoncepción está recayendo principalmente en la población femenina. De acuerdo a lo expresado en el Programa de Acción de la CIPD del año 1994, resulta necesario enfatizar la participación activa de los hombres y su responsabilidad en las conductas sexuales y reproductivas, incluyendo los jóvenes (9). De esta forma, los resultados obtenidos indican un retraso importante en materia de equidad relacionada con la prevención en salud sexual y reproductiva. No obstante, hay que considerar que las cifras presentadas reflejan sólo a la población que accede a los Centros de Salud Familiar, y no la que recibe asistencia en otros centros de salud o realiza prevención con recursos propios. En este sentido, la Encuesta Nacional de la Juventud realizada el 2015, muestra que cuando se consultó al grupo de 15 a 19 años, cual fue el método anticonceptivo o preventivo en su última relación sexual, un 54% indicó haber utilizado el preservativo y un 25,5% la píldora anticonceptiva (61).

Un tercer indicador analizado fue la incidencia de infecciones de transmisión sexual, específicamente sífilis, gonorrea y VIH. Al respecto, no se observó una tendencia hacia una disminución, siendo los porcentajes más altos el año 2011 para las tres condiciones. También llama la atención, que ocurre un aumento desde el 2016 al 2017, principalmente en los casos de gonorrea, que se triplica, y de VIH que se duplica. A nivel nacional, se ha visto un aumento sostenido de los casos de sífilis, principalmente en hombres para el grupo de 15 a 19 años (62). En el caso de gonorrea, las tasas se duplicaron desde el 2012 al 2016 para el mismo grupo etario considerando ambos sexos (63). En cuanto al VIH, se ha informado que los casos aumentaron un 96% del 2010 al 2017 para todas las edades, siendo el grupo de 15 a 25 años el de mayor riesgo, según datos del Ministerio de Salud publicados en la prensa (64).

La última variable analizada correspondió a la violencia sexual en adolescentes, reconociéndose un aumento sostenido desde el 2010 al 2017, siendo más notorio en los casos de abuso sexual. Sin embargo, esta situación podría explicarse tanto por un incremento de los casos, como por un alza en las denuncias o por ambas situaciones ocurriendo al mismo tiempo. Estos resultados serían consistentes con lo reportado a nivel nacional, ya que los casos de abuso sexual y violación aumentaron de un 18% el 2010 a un 21% el 2015 para el grupo de 14 a 17 años, en relación con el total de casos para todas las edades, de acuerdo a datos proporcionados por Carabineros de Chile y publicados en el sitio web de la Subsecretaría de Prevención del Delito (65).

También se pudo observar que tras la disminución sostenida del uso de preservativos registrada hasta el 2015, se observó una tendencia al aumento en los casos de sífilis, gonorrea y VIH, a partir de ese mismo año.

La relación entre el porcentaje de establecimientos con iniciativas de educación sexual y las tasas de violencia sexual en la población adolescente, se podría explicar, considerando que al recibir mayor formación en

sexualidad, los adolescentes podrían estar más conscientes de sus derechos y de las conductas reconocidas como violencia sexual, produciéndose un aumento en las denuncias. Esta es una interrogante que debiese ser explorada.

En resumen, nuestra hipótesis se podría sostener en algunos de los indicadores, como en la disminución de nacidos vivos de madres adolescentes y en el aumento de la cobertura de métodos anticonceptivos hormonales, pero no en el caso del dispositivo intrauterino y el preservativo, ni en la incidencia de infecciones de transmisión sexual y VIH, y se podría discutir en los casos de violencia sexual en los adolescentes.

En este sentido, es necesario preguntarse si es factible relacionar únicamente las iniciativas de educación sexual, con los indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adolescente. De acuerdo a un estudio publicado el 2005, que incluye datos de Holanda, Francia, Australia y Estados Unidos, las políticas basadas en la abstinencia, implementadas mayormente en Estados Unidos, no mejorarían la salud sexual de la población joven, pero si se reconoció una clara correlación entre la educación sexual integral y los resultados positivos de salud sexual en los países analizados, señalando que sería el medio más efectivo de fortalecer a los/as jóvenes para afrontar las consecuencias negativas de la actividad sexual (66).

Por otra parte, una umbrella review publicada el 2016, sugiere que, según la evidencia, las intervenciones multifactoriales en las escuelas que incluyen cambios en las políticas de los establecimientos, participación de los padres y trabajo en conjunto con las comunidades locales, resultan efectivas en la promoción de la salud sexual (67).

Un estudio publicado el año 2015, evidenció que en Chile las principales fuentes de información de los/as adolescentes, en materia de sexualidad y salud sexual, fueron primero los padres, seguidos por los/as profesores/as y las amistades. Como fuentes secundarias, se reconocieron los profesionales

de la salud en el caso de las mujeres, e Internet en el caso de los hombres (68). Esto pone en evidencia la necesidad de enfocar esfuerzos en la formación, en materia de educación sexual, en estos otros sectores, como ya ha sido sugerido por diversas iniciativas (13,14,17).



## 8. CONCLUSIONES

- 1) En este estudio, se reconocieron distintas iniciativas de educación en sexualidad en los establecimientos encuestados. Casi la mitad implementó algún programa de educación en sexualidad y afectividad y la mayoría incorporó los contenidos curriculares obligatorios en enseñanza básica y media.
- 2) Casi la mitad de los establecimientos educacionales incluye estudiantes con vulnerabilidad escolar, es decir, pertenece a un grupo socioeconómico bajo. Estos establecimientos son principalmente municipales, por lo tanto, es responsabilidad de la Dirección de Administración de Educación de la Municipalidad de Concepción la decisión de implementar actividades de educación sexual integral en esta población.
- 3) El personal del establecimiento con mayor participación en las actividades de educación sexual, fueron docentes a cargo de las jefaturas de los cursos y aquellos/as que imparten la asignatura de biología/ciencias, aunque menos de la mitad ha recibido capacitación para realizar la educación sexual.
- 4) Se encontró una gran diversidad de contenidos de educación sexual en los establecimientos, y ninguno de estos contenidos fue implementado en el total de los establecimientos encuestados.
- 5) Se identificó una disminución progresiva del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes, y se determinó una relación de éste con la cobertura de métodos anticonceptivos hormonales.
- 6) La cobertura de preservativo ha ido disminuyendo en el tiempo, lo que podría relacionarse con el aumento de los casos de gonorrea y VIH en los últimos años.
- 7) También se registró un aumento en las tasas de violencia sexual en la población adolescente de la comuna.



- 8) A pesar del avance positivo de algunos indicadores de salud sexual y reproductiva en adolescentes, es preocupante el aumento de las infecciones de transmisión sexual y la disminución del uso de métodos que previenen su contagio, así como la violencia sexual que también es un riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual.



## 9. PROYECCIONES

Existen algunas características de las intervenciones de educación sexual que deberían ser revisadas o modificadas en base a lo observado en esta investigación. Primero, ya que los programas de educación en sexualidad y afectividad no fueron aplicados en todos los establecimientos, la elección del programa dependía del establecimiento, los contenidos de los programas podían ser disimiles entre ellos, la mayoría de los programas no cumplieron con la totalidad de las actividades comprometidas y no se realizó una evaluación de su implementación o de sus resultados, se hace evidente que esta es una iniciativa que debe ser revisada en profundidad, o generar una nueva modalidad para incorporar de manera definitiva estos contenidos, no sólo para los adolescentes, sino para toda la población escolarizada. Segundo, se debería realizar una fiscalización sobre el cumplimiento de las normas emitidas por entidades del estado, como el Ministerio de Educación, ya que como se observó en este estudio, no todos los establecimientos habían incorporado los contenidos curriculares especificados en las bases curriculares o en los contenidos mínimos obligatorios. Tercero, se hace necesario reconocer y fortalecer las iniciativas propias de los establecimientos, ya que revelan el interés y preocupación de los establecimientos y su personal en la formación de sus estudiantes. Cuarto, las iniciativas externas, principalmente las llevadas a cabo por instituciones del estado deberían trabajar en forma conjunta, estable y permanente. Quinto, en la conformación de una educación sexual integral, se debiese incluir de manera conjunta no sólo a los actores e instituciones ya mencionadas, sino también a los padres y a la comunidad. Sexto, resulta indispensable revisar los contenidos y enfoques de la formación en sexualidad y afectividad, de acuerdo a las recomendaciones de entidades internacionales, que se han basado en la evidencia científica y en las experiencias de otros países que han tenido resultados positivos.

De acuerdo a lo antes mencionado, es relevante resaltar las directrices presentadas por el Fondo de la Población de las Naciones Unidas el 2014, que distinguen nueve componentes básicos de la educación integral de la sexualidad, que en Chile se deberían considerar, para implementar una política coherente con las necesidades de la población adolescente: 1) Basarse en los valores universales fundamentales de los derechos humanos, 2) un enfoque integral de género, 3) información exhaustiva y científicamente precisa, 4) un entorno de aprendizaje seguro y saludable, 5) la vinculación a los servicios de salud sexual y reproductiva y otras iniciativas que abordan las cuestiones de género, la igualdad, el empoderamiento y el acceso a la educación y los recursos sociales y económicos destinados a los y las jóvenes, 6) métodos de enseñanza participativos para la personalización de la información y el fortalecimiento de las habilidades comunicativas, para la toma de decisiones y el pensamiento crítico, 7) fortalecer la promoción de los intereses de los y las jóvenes y el compromiso cívico, 8) la pertinencia cultural para abordar la violación de los derechos humanos y la desigualdad por razón de género y 9) llegar a todos los sectores estructurados y no estructurados y grupos de edad (57). Estas indicaciones deberían ser consideradas como un marco general para mejorar las iniciativas de educación sexual, o para generar nuevas propuestas.

## 10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La única limitación que se identifica en este estudio es no haber podido contar con la totalidad de los establecimientos educacionales de la comuna que cumplían con los criterios de inclusión, sin embargo, haber conseguido que el 71% de éstos participaran valida los resultados obtenidos.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; 1994 Sep 5-13; El Cairo, Egipto. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_spa\\_2.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf)
2. United Nation Population Fund, The Danish Institute for Human Rights, The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Reproductive Rights are Human Rights, A Handbook for National Human Rights Institutions: United Nations; 2014. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NHRIHandbook.pdf>
3. Ley N° 20418 1/2010, de 28 de enero, fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>
4. Ministerio de Educación (MINEDUC). Bases curriculares 3° medio, filosofía y psicología. [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Educación; 2004. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [http://www.curriculumenlineamineduc.cl/605/articles-34422\\_programa.pdf](http://www.curriculumenlineamineduc.cl/605/articles-34422_programa.pdf)
5. Ministerio de Educación. Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios de la Educación Básica y Media Actualización 2009: MINEDUC; 2009. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.agenciaeducacion.cl/wp-content/uploads/2013/02/Marco-Curricular-y-Actualizacion-2009-I-a-IV-Medio.pdf>
6. Ministerio de Educación. Bases Curriculares Educación Básica 1° a 6° Básico, Ciencias Naturales 2012: MINEDUC; 2012. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.docentemas.cl/docs/2014/Segundo%20Ciclo/Bases%20curriculares%20Ciencias%20Naturales%20-%20Decreto%20N439.pdf>

7. Burdiles P, Santander S. Situación Actual del Embarazo Adolescente en Chile. MINSAL; 2013. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafe040010164010db3.pdf>
8. Eguiguren P, Calvin M, Díaz X, Ferrer M, Iglesias M, Olavarría J. Observatorio de Equidad de Género en Salud – Chile: Una mirada a las políticas públicas. Rev Chil Salud Pública 2009;13(2):106-111.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción, aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Edición 20 Aniversario. 2014.
10. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos: La Asamblea; 1948. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
11. Dides C, Benavente C, Saez I, Nicholls L. Educación Sexual en Chile. Implementación de la Ley 20.418. Boletín 4. UNFPA y Universidad Central de Chile; 2012. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [http://www.ucentral.cl/prontus\\_ucentral2012/site/artic/20120711/asocfile/20120711091025/boletin\\_4.pdf](http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20120711/asocfile/20120711091025/boletin_4.pdf)
12. Ministerio de Educación. Orientaciones para el Diseño y la implementación de un Programa en Sexualidad, Afectividad y Género: El Ministerio; 2012. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [http://www.convivenciaescolar.cl/usuarios/convivencia\\_escolar/File/2018/sexualidad-nov.pdf](http://www.convivenciaescolar.cl/usuarios/convivencia_escolar/File/2018/sexualidad-nov.pdf)
13. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Programas Escolares de Educación Sexual, Análisis de los Costos y la Relación Costo-Eficacia en Seis Países: UNESCO; 2012. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0020/002070/207055s.pdf>

14. Ministerio de Educación. Política de Educación en Sexualidad, Para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación: MINEDUC; 2001. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Politica\\_de\\_educacion\\_en\\_sexualidad\\_para\\_el\\_mejoramiento\\_de\\_la\\_calidad.pdf](http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Politica_de_educacion_en_sexualidad_para_el_mejoramiento_de_la_calidad.pdf)
15. Oficina Internacional de Educación, UNESCO. La Educación Chilena en el Cambio de Siglo: Políticas, Resultados y Desafíos: MINEDUC; 2004. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [http://www.oei.es/quipu/chile/ibechile\\_part1.pdf](http://www.oei.es/quipu/chile/ibechile_part1.pdf)
16. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Desarrollo Humano en Chile, Género: Los Desafíos de la Igualdad: PNUD; 2010. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://desarrollohumano.cl/idh/informes/2010-genero-los-desafios-de-la-igualdad/>
17. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Ministerial Prevenir con Educación: OREALC, UNESCO; 2010. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/d\\_eclaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/d_eclaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf)
18. Decreto 40 2/1996, de 3 de febrero, establece objetivos fundamentales y contenidos mínimos obligatorios para la educación básica y fija normas generales para su aplicación. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=8043>
19. Ministros de Educación y SERNAM lanzan programas de educación sexual y afectividad (Crónica). Rev Chil Obstet Ginecol 2011;76(3):211. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n3/art12.pdf>
20. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <https://www.cemera.cl/>

21. Teen STAR. Programa en sexualidad y afectividad. Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad Católica de Chile. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.teenstar.cl/>
22. Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA). (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.aprofa.cl/>
23. Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad (PASA). Facultad de Psicología, Universidad de Chile. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.pasa.cl/>
24. Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS). Centro de Estudios de la Familia, Universidad San Sebastián. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.uss.cl/pas/>
25. Programa Aprendiendo a Querer. Universidad Católica de la Santísima Concepción. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <https://teologia.ucsc.cl/?s=aprendiendo+a+querer>
26. Curso de Educación Sexual Integral, CESI. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.cesi.cl/>
27. Dides C, Benavente C, Sáez I. Seguimiento a la Ley 20.418: Prevención del embarazo adolescente, educación sexual y anticoncepción de emergencia. Documento técnico. UNFPA y Universidad Central de Chile; 2011. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.icmer.org/documentos/adolescencia/te-educa-sexual-y-ae-chile%20AMConcha%2029.04.2013.pdf>
28. Ministerio de Educación. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.mineduc.cl/>
29. Convivencia Escolar, Ministerio de Educación. (Sitio en Internet). Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.convivenciaescolar.cl/>
30. Toledo V, Luengo X, Molina R, Murray N, Molina T, Villegas R. Impacto del Programa de Educación Sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc 2000;VII(3):73–90.



31. Molina R, Sandoval J, González E. Educación sexual: experiencia con profesores. En: Ed. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago: Editorial Mediterráneo;2003.
32. Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. TeenSTAR: Una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. Rev Med Chile 2005;133:1173-1182.
33. Cabezón C, Vigil P, Rojas I, Leiva ME, Riquelme R, Aranda W, García C. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean Public High School. J of Adolescent Health 2005;36(1); 64-69.
34. Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Klaus H. Effect of Teen STAR, an Abstinence-only Sexual Education Program on Adolescent Sexual Behavior. J Pediatr Adol Gynec 2005;18(1); 212.
35. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2016: Ministerio de Salud; 2016. Acceso 08.01.2019. Disponible en:  
[https://www.icmer.org/documentos/infecciones\\_transmision\\_sexual/Situacion\\_ITS\\_2016.pdf](https://www.icmer.org/documentos/infecciones_transmision_sexual/Situacion_ITS_2016.pdf)
36. Ministerio de Educación. Bases curriculares educación básica 2013: MINEDUC; 2013. Acceso 04.12.2018. Disponible en:  
[http://www.curriculumnacional.cl/614/articles-30013\\_recurso\\_15.pdf](http://www.curriculumnacional.cl/614/articles-30013_recurso_15.pdf)
37. Centro de Estudios MINEDUC, División de Planificación y Presupuesto. Estadísticas de la Educación 2016: MINEDUC; 2017. Acceso 04.12.2018. Disponible en:  
[https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2017/07/Anuario\\_2016.pdf](https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2017/07/Anuario_2016.pdf)
38. Villalobos C, Wyman I, Schiele B, Godoy F. Composición de género en establecimientos escolares chilenos: ¿Afecta el rendimiento académico y el ambiente escolar?. Estud Pedagóg 2016;XLII(2): 379-394.

39. Ramírez N. Experta irrumpe en discusión y afirma que mujeres logran mejor rendimiento en colegios femeninos. Emol 2016 Sep. 22. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/09/22/823192/Experta-en-educacion-Las-mujeres-que-van-a-colegios-femeninos-alcanzan-un-mejor-desempeno-que-las-que-van-a-colegios-mixtos.html>
40. Henríquez C. Columna de Carlos Henríquez: Los colegios mixtos y el debate de la igualdad. The Clinic 2016 Oct 02. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.theclinic.cl/2016/10/02/columna-los-colegios-mixtos-y-el-debate-de-la-igualdad/>
41. Bravo M, Contreras H, Herrera P. Colegios mixtos o de un solo sexo: ¿qué nos dice la evidencia?. Análisis, Centro de Políticas Públicas, Universidad del Desarrollo 2016;(11). Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://gobierno.udd.cl/cpp/files/2016/12/Analisis-11-Bravo-Herrera.pdf>
42. Lee V, Bryk A. Effects of single-sex secondary schools on student achievement and attitudes. J Educ Psychol 1986;78(5):381-395.
43. Mael F. Single-Sex and Coeducational Schooling: Relationships to Socioemotional and Academic Development. Rev Educ Res 1998;68(2):101-129.
44. Gee K, Minhyo R. The effects of single-sex versus coeducational schools on adolescent peer victimization and perpetration. J Adolesc 2014;37:1237-1251.
45. Pahlke E, Shibley J, Allison C. The Effects of Single-Sex Compared With Coeducational Schooling on Students' Performance and Attitudes: A Meta-Analysis. Psychol Bull 2014;140(4):1042–1072.
46. Jackson J. 'Dangerous presumptions': how single-sex schooling reifies false notions of sex, gender, and sexuality. Gend Educ 2010;22(2)227-238.

47. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de estadísticas vitales 2016, Chile. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
48. Agencia de Calidad de la Educación, División de Evaluación de Logros de Aprendizaje, Departamento de Pruebas Nacionales. Metodología de construcción de grupos socioeconómicos, pruebas SIMCE 2013. Acceso 04.12.2018. Disponible en: [http://archivos.agenciaeducacion.cl/biblioteca\\_digital\\_historica/metodologia/2013/gse\\_2013.pdf](http://archivos.agenciaeducacion.cl/biblioteca_digital_historica/metodologia/2013/gse_2013.pdf)
49. Yaikin, B. Programas de Ed. Sexual del Mineduc incorporan plan que califica a la homosexualidad como “trastorno”. El Dínamo 2012 Jun 6. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <https://www.eldinamo.cl/pais/2012/06/06/programas-de-educacion-sexual-del-mineduc-consideran-plan-que-califica-a-la-homosexualidad-como-trastorno/>
50. Ley N° 20609 7/2012, de 24 de julio, establece medidas contra la discriminación. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>
51. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. Denuncian que universidad San Sebastián sigue difundiendo contenidos homofóbicos. MOVILH 2014 Jul 10. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.movilh.cl/denuncian-que-universidad-san-sebastian-sigue-difundiendo-contenidos-homofobicos/>
52. Santelli J, Ott M, Lyon M, Rogers M, Summers D, Schleifer R. Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs. J Adolesc Health 2006;38:72-81.
53. Stanger-Hall K, Hall D.(2011). Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. PLoS One 2011;6(10):e24658.

54. Dides C, Fernández C. Primer Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile, estado de la situación 2016. Corporación Miles Chile; 2016. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://mileschile.cl/wp-content/uploads/2017/11/Informe-DDSSRR-2016-Miles-v2-L.pdf>
55. Hunt F, Monterrosas E, Mimbela R. Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, su cumplimiento en América Latina 2008-2015. International Planned Parenthood Federation/ Western Hemisphere Region, Inc; 2015.
56. Arango M, Corona E. La Formación Docente en Educación de la Sexualidad en América Latina y el Caribe, estudio de casos. Democracia y Sexualidad A.C.; 2010.
57. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad, un enfoque basado en los derechos humanos y de género. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2014.
58. Guttmacher Institute. Sex and HIV Education. Guttmacher Institute; 2018. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/sex-and-hiv-education>
59. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa y BZgA. Estándares de educación sexual en Europa. Centro Federal de Educación para la Salud, BZgA Colonia; 2010.
60. Lopez L, Otterness C, Chen M, Steiner M, Gallo MF. Behavioral interventions for improving condom use for dual protection (Protocol). The Cochrane Library; 2013:7. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010662/epdf/full>
61. Instituto Nacional de la Juventud. Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015. INJUV, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile; 2017.

62. Cáceres K. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53.9) Chile, 2016. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile; 2018.
63. Cáceres K. Informe Anual 2016. Situación epidemiológica de gonorrea (CIE 10: A54). Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2018.
64. Instituto de Políticas Públicas en Salud. Casos confirmados de VIH en Chile 2010-2017. IPSUSS, Universidad San Sebastián 2018 Abr 11. Acceso 04.12.2018. Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/estadisticas-e-indicadores/casos-confirmados-de-vih-en-chile-2010-2017/2018-04-11/152719.html>
65. Carabineros de Chile. Víctimas según regiones, Carabineros de Chile, 2005 – 2015, abusos sexuales y violación. Publicado en el sitio web de Subsecretaría de Prevención del Delito: <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/datos-por-sexo-y-edad/>
66. Weaver H, Smith G, Kippax S. School-based sex education policies and indicators of sexual health among young people: a comparison of the Netherlands, France, Australia and the United States. Sex Educ 2005;5(2):171–188.
67. Shackleton N, Jamal F, Viner R, Dickson K, Patton G, Bonell C. School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. J Adolesc Health 2016;58:382-396.
68. Macintyre A, Montero A, Sagbakken M. From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. BMC Public Health 2015;15:945.

## 12. ANEXOS

### Anexo I. ENCUESTA



## Encuesta Establecimientos Educativos Comuna de Concepción

Proyecto: Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, en la comuna de Concepción entre el periodo 2010-2014

### Datos establecimiento:

1. RBD:
2. Nombre: \_\_\_\_\_
3. Teléfonos: \_\_\_\_\_
4. Dirección: \_\_\_\_\_

### Contacto establecimiento:

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Cargo: \_\_\_\_\_
3. Teléfono: \_\_\_\_\_
4. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### I) Características del establecimiento

#### a) Dependencia:

- 1  Municipal
- 2  Particular subvencionado
- 3  Particular pagado
- 4  Administración delegada

#### b) Niveles de enseñanza:

- 1  Básica completa
- 2  Básica incompleta
- 3  Media completa
- 4  Básica incompleta y Media completa
- 5  Básica y Media completa

Cursos desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

#### c) Sexo del alumnado:

- 1  Mujeres
- 2  Hombres
- 3  Mixto
- 4  Mujeres/Mixto
- 5  Hombres/Mixto

**d) Orientación religiosa:**

- 1  Laica
- 2  Cristiana
- 3  Católica
- 4  Evangélica
- 5  Adventista
- 6  Otra, cual: \_\_\_\_\_

**e) Costo de la mensualidad en pesos:** \_\_\_\_\_

**f) % Vulnerabilidad (IVE-SINAE):**

**g) Número total de estudiantes:**

**II) Programas de Educación Sexual**

A continuación, nos referiremos a los Programas Educativos en Sexualidad y Afectividad propuestos por el MINEDUC entre los años 2010-2014.

	<b>Programas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Si dijo SI ir a página</b>
1	Adolescencia, tiempo de decisiones – Fac. Med. U. Chile			<b>3</b>
2	Teen Star – PUC			<b>4</b>
3	Sexualidad, Autoestima y Prevención de Embarazo Adolescente - APROFA			<b>5</b>
4	Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad – Fac. Psicol. U. Chile			<b>6</b>
5	Programa de educación en Valores, Afectividad y Sexualidad – USS			<b>7</b>
6	Aprendiendo a querer - UCSC			<b>8</b>
7	Curso de Educación Sexual Integral - Dr. Ricardo Capponi			<b>9</b>



**1) Adolescencia, Tiempo de Decisiones – Fac. Med. U. de Chile**

- 1) Año de capacitación: \_\_\_\_\_
- 2) Numero de docentes capacitados: \_\_\_\_\_
- 3) Horas de capacitación: (45 hrs. académicas directas)  
 Presencial: \_\_\_\_\_  
 Online: \_\_\_\_\_
- 4) Asignatura/s que imparten las/os docentes capacitadas/os: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 5) Tiempo de vigencia: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 6) Niveles donde se implemento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de financiamiento:  
 Fuente: \_\_\_\_\_  
 Monto: \_\_\_\_\_

Característica	SI	NO
8) Exposición y desarrollo de 16 temas teóricos relevantes.		
9) Realización de 22 talleres para alumnos y alumnas.		
10) Realización de 7 talleres para padres y apoderados.		
11) Uso de material interactivo (libros y videos) proporcionado en capacitaciones.		
Observaciones:		

**Evaluación**

¿Se realizó Evaluación de Proceso? SI \_\_\_\_ (4\_\_ 8\_\_ 12\_\_ meses)  
 NO \_\_\_\_

¿Se realizó Evaluación de Impacto? (Medición en alumnos capacitados por profesores) SI \_\_\_\_ (24\_\_ 36\_\_ meses post curso)  
 NO \_\_\_\_

¿Se realizó Evaluación de Impacto en Calidad de Vida?  
 SI \_\_\_\_ (Aplicación Antes del curso\_\_ 6 meses después del curso \_\_)  
 NO \_\_\_\_

**2) Teen Star – PUC**

- 1) Año de capacitación: \_\_\_\_\_
- 2) Numero de docentes capacitados: \_\_\_\_\_
- 3) Horas de capacitación: (40 horas)  
Presencial: \_\_\_\_\_
- 4) Asignatura/s que imparten las/os docentes capacitadas/os: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) Tiempo de vigencia: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 6) Niveles donde se implemento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de financiamiento:  
Fuente: \_\_\_\_\_  
Monto: \_\_\_\_\_

Característica	Si	No
8) Desarrollo de 14 temas teóricos incluidos en el programa.		
9) Uso de material didáctico proporcionado en capacitaciones.		
10) Realización de talleres de consejería (Si la respuesta es <b>SI</b> , especificar en observaciones).		
11) Actividades con padres y apoderados.		
12) Actividades con estudiantes.		
13) Seguimiento (personal, vía telefónica o internet).		
Observaciones:		

**Evaluación**

¿Se realizó algún tipo de Evaluación de Programa implementado? SI \_\_\_\_  
NO \_\_\_\_

Especificar si la respuesta es **SI**; \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3) Sexualidad, Autoestima y Prev. del Embarazo – APROFA**

- 1) Año de capacitación: \_\_\_\_\_
- 2) Numero de docentes capacitados: \_\_\_\_\_
- 3) Horas de capacitación: (20 hrs. presenciales, 10 hrs. distancia)  
 Presencial: \_\_\_\_\_  
 Online: \_\_\_\_\_
- 4) Asignatura/s que imparten las/os docentes capacitadas/os: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 5) Tiempo de vigencia: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 6) Niveles donde se implemento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de financiamiento:  
 Fuente: \_\_\_\_\_  
 Monto: \_\_\_\_\_

Característica	Si	No
8) Desarrollo de temas teóricos incluidos en el programa. <b>(5 Módulos)</b>		
9) Realización de actividades educativas basadas en la participación, la reflexión, el dialogo, la interacción.		
10) Realización de actividades vivenciales basadas en la corporalidad, las emociones, los sentimientos y el lenguaje.		
11) Uso de material educativo en formato impreso y digital proporcionado por APROFA. (CD con películas y Manual de aplicación)		
Observaciones:		

**Evaluación**

¿Se realizó algún tipo de Evaluación de Programa implementado? SI \_\_\_\_  
 NO \_\_\_\_

Especificar si la respuesta es SI: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4) Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad (PASA) – Fac. Psicología U. de Chile**

- 1) Año de capacitación: \_\_\_\_\_
- 2) Numero de docentes capacitados: \_\_\_\_\_
- 3) Horas de capacitación: (5 hrs. presenciales, 24 hrs. distancia)  
 Presencial: \_\_\_\_\_  
 Online: \_\_\_\_\_
- 4) Asignatura/s que imparten las/os docentes capacitadas/os: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 5) Tiempo de vigencia: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 6) Niveles donde se implemento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de financiamiento:  
 Fuente: \_\_\_\_\_  
 Monto: \_\_\_\_\_

Característica	Si	No
8) Se realizaron 16 unidades temáticas en la capacitación		
9) Uso de metodología de aprendizaje en base simulación de la toma de decisiones		
10) Cada participante fue acompañado por un tutor/a experto		
11) Se puso a disposición unidades de aprendizaje y guías para la práctica pedagógica.		
12) Se puso en ejecución un Curso de Extensión destinado a madres, padres y apoderados.		
13) Seguimiento o evaluación del programa. Especificar cómo se realizó.		
Observaciones:		

**Evaluación**

¿Se realizó algún tipo de Evaluación de Programa implementado? SI \_\_\_\_\_  
 NO \_\_\_\_\_

Especificar si la respuesta es SI; \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5) Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS) – USS**

- 1) Año de capacitación: \_\_\_\_\_
- 2) Numero de docentes capacitados: \_\_\_\_\_
- 3) Horas de capacitación: (40 o 44 hrs. presenciales)  
 Presencial: \_\_\_\_\_  
 Online: \_\_\_\_\_
- 4) Asignatura/s que imparten las/os docentes capacitadas/os: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 5) Tiempo de vigencia: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 6) Niveles donde se implemento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de financiamiento:  
 Fuente: \_\_\_\_\_  
 Monto: \_\_\_\_\_

Característica	Si	No
8) Capacitación anual de docentes.		
9) Desarrollo de temas teóricos incluidos en el programa. (4 modulos)		
10) Uso de libros de la serie "Saber amar"		
11) Se realiza, por parte del equipo PAS, una charla informativa para padres al inicio de la aplicación del programa		
12) Se incentiva un trabajo en casa para involucrar a los padres en la educación de la afectividad y sexualidad de sus hijos.		
13) Capacitación Anual presencial de 40/44 hrs. para docentes		
14) Docentes continúan capacitación asistiendo a 16 horas en modalidad presencial en el primer año		
15) Seguimiento y asesorías a los profesores PAS, por dos años, que se concreta en visitas mensuales, contactos telefónicos y/o vía mail		
Observaciones:		

**Evaluación**

¿Se realizó algún tipo de Evaluación de Programa implementado? SI \_\_\_\_\_  
 NO \_\_\_\_\_

Especificar si la respuesta es SI: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6) Aprendiendo a Querer – UCSC**

- 1) Año de capacitación: \_\_\_\_\_
- 2) Numero de docentes capacitados: \_\_\_\_\_
- 3) Horas de capacitación: (15 o 20 hrs. presenciales, 10 b-learning)  
 Presencial: \_\_\_\_\_  
 Online: \_\_\_\_\_
- 4) Asignatura/s que imparten las/os docentes capacitadas/os: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 5) Tiempo de vigencia: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 6) Niveles donde se implemento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de financiamiento:  
 Fuente: \_\_\_\_\_  
 Monto: \_\_\_\_\_

Característica	Si	No
8) Desarrollo de 12 temas teóricos incluidos en el programa.		
9) Uso de libros "Aprendiendo a querer".		
10) Uso de material didáctico proporcionado en capacitaciones.		
11) Se realizó apoyo y guía a padres y apoderados por parte del o de la docente capacitado/a para ayudar en la formación de niño/as y adolescentes.		
12) Se llevó a cabo la implementación de alguna propuesta de intervención de algún/a docente capacitado/a		
Observaciones		

**Evaluación**

¿Se realizó algún tipo de Evaluación de Programa implementado? SI \_\_\_\_  
 NO \_\_\_\_

Especificar si la respuesta es SI; \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**7) Curso de Educación Sexual Integral – Dr. Ricardo Capponi**

- 1) Año de capacitación: \_\_\_\_\_
- 2) Numero de docentes capacitados: \_\_\_\_\_
- 3) Horas de capacitación: (No especificado en ficha tecnica)
  - Presencial: \_\_\_\_\_
  - Online: \_\_\_\_\_
- 4) Asignatura/s que imparten las/os docentes capacitadas/os: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) Tiempo de vigencia: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 6) Niveles donde se implemento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de financiamiento:
  - Fuente: \_\_\_\_\_
  - Monto: \_\_\_\_\_

Característica	Si	No
8) Uso de material pedagógico		
• 40 video charlas online		
• 40 Textos on-line		
• libro de apoyo "sexualidad sana, que y como enseñar a los hijos		
• Casos reales teatralizados		
• 6 cuestionarios interactivos		
9) Realización de seminario presencial de instalación y sensibilización al curso		
10) Acceso a la plataforma web		
11) Acceso a consultorio CESI		
Observaciones		

**Evaluación**

¿Se realizó algún tipo de Evaluación de Programa implementado? SI \_\_\_\_  
NO \_\_\_\_

Especificar si la respuesta es SI; \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III) Información Educación Sexual:**

A continuación, nos referiremos a la implementación de contenidos de educación sexual NO relacionados con los Programas Educativos en Sexualidad y Afectividad propuestos por el MINEDUC.

A) ¿Qué año comenzaron a implementar los contenidos de Afectividad y Sexualidad en Curriculum Cs. Naturales, Biología y Filosofía/Psicología?

- 1) 6° básico (2012): \_\_\_\_\_
- 2) 7° básico (2009): \_\_\_\_\_
- 3) 2° medio (2009): \_\_\_\_\_
- 4) 3° medio (2001): \_\_\_\_\_

B) ¿Existe algún tipo de educación sexual implementado en otros cursos aparte de 6to y 7mo básico, 2do y 3ro medio?

- 1  SI
- 2  NO

Si la respuesta es SI:

- 1. Qué cursos: \_\_\_\_\_
- 2. Fecha de inicio: \_\_\_\_\_
- 3. ¿Qué contenidos incluye?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4. Quién entrega esa educación: \_\_\_\_\_

C) ¿Quién está a cargo de realizar la educación sexual?

- 1  Profesor de Cs. Naturales/Biología
- 2  Profesor Filosofía/Psicología
- 3  Profesor jefe
- 4  Otro, cual: \_\_\_\_\_

D) De acuerdo a esta pregunta ¿los profesores reciben algún tipo de capacitación para entregar esta educación?

- 1  SI
- 2  NO

Si la respuesta es SI:

Tipo de capacitación: \_\_\_\_\_



**E) ¿ Asiste algún profesional del área de la salud a realizar educación sexual en el establecimiento?**

- 1  SI
- 2  NO

Si la respuesta es SI:

**F) Tipo de profesional**

- 1  Matrona o matron
- 2  Enfermera(o)
- 3  Médico
- 4  Otro, cuál: \_\_\_\_\_

**G) Periodicidad de la visita del profesional**

- 1  Diariamente
- 2  2 o mas veces a la semana
- 3  1 vez a la semana
- 4  2 o mas veces al mes
- 5  1 vez al mes
- 6  Otra, cuál: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

**Muchas gracias por la información proporcionada**